



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO**

**Autor: Rosa Helena Delgado Rocha, N.º 2830**

**Mindelo, 2016**

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

**As implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutivas:  
Perceção dos enfermeiros bloco operatório, do Hospital Dr. Baptista de Sousa**

*Rosa Helena Delgado Rocha, nº 2830*

Orientadora:

*Enfermeira Suely Reis*

Mindelo, julho de 2016

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho há todos aqueles que contribuíram, e que me apoiaram em todas as metas direta e indiretamente. A minha irmã pelo apoio financeiro e pelo incentivo. Ao meu companheiro pelo apoio, incentivo, amor e pela presença constante ajudando-me a enfrentar as dificuldades encontradas que sem a qual não seria possível a concretização dos meus objetivos.

## **Agradecimiento**

Não poderia passar sem que expressasse os meus agradecimentos a todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização e que ajudaram ao longo deste percurso.

Desta forma aproveito este espaço para deixar os meus agradecimentos:

Em primeiro lugar a Deus pela força que me deu para enfrentar esse desafio. Agradeço os meus familiares, especialmente há minha irmã Janilda Fortes, que apoiou-me muito ao longo do meu trajeto, a minha avó Rosa Gilhermina, pela educação e amor depositada em mim, para que pudesse ter um futuro melhor e ser a mulher que sou hoje e aos meus pais.

Ao meu companheiro pelo apoio, incentivo, amor, paciência e pela presença constante ajudando-me a enfrentar as dificuldades encontradas.

Ao meu melhor amigo Daniel Horta, que não se encontra entre pelo incentivo e por ter acreditado em mim.

À orientadora, Suely Reis um agradecimento especial pela orientação, disponibilidade e dedicação.

A Universidade do Mindelo que criou as condições necessárias a realização deste curso.

Aos meus colegas de turma que fizeram parte do meu percurso ao longo destes quatro anos de formação.

A todos enfermeiros em especial ao enfermeiro Flávio Bento pelo apoio incondicional, aos médicos que me ajudaram durante o meu percurso.

A todos discentes e funcionários da Universidade do Mindelo.

Muito obrigado a todos, sem vocês não seria possível a realização do meu sonho ser uma enfermeira.

## Índice

INTRODUÇÃO .....	10
PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA .....	11
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	14
1.1. Histerectomia .....	15
1.2. Indicação para histerectomia .....	15
1.3. A histerectomia e suas implicações .....	22
1.4. Complicações da histerectomia .....	23
1.5. Os procedimentos éticos e legais em histerectomia.....	24
1.6. Assistência do enfermeiro nos cuidados pré e pós-operatório junto a mulher submetida a histerectomia.....	25
1.7. As necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson (NHF) modelo teórica.....	32
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	36
2.1. Fundamentação metodológico .....	37
2.2. Tipo de estudo.....	37
2.3. Instrumento de colheita de dados.....	38
2.4. População .....	38
2.5. Contextualização do campo de estudo .....	39
2.6-Procedimentos éticos e legais .....	42
CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA .....	43
3.1. Apresentação, análise e discussão dos achados do estudo.....	44
3.2. Caracterização dos enfermeiros entrevistados .....	44
3.2. Apresentação dos resultados .....	45
3.3. Análise e interpretação das categorias .....	46
3.4. Conclusão da Análise de Dados.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
APÊNDICES .....	69
ANEXOS .....	74

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Dados de histerectomias realizadas no Hospital Baptista de Sousa (HBS), em São Vicente, de 2013 a 2015. ....	13
Quadro 2 - Necessidades humanas fundamentais (NHF) afetadas nas mulheres submetidas a histerectomia e as intervenções de acordo com NIC. ....	33
Quadro 3 - Dados dos recursos humanos do serviço do bloco operatório .....	41
Quadro 4 - Caracterização dos enfermeiros entrevistados .....	45
Quadro 5 - Categorias e subcategorias das entrevistas .....	46

## RESUMO

A histerectomia consiste na remoção do útero por meio de cirurgia que pode ser efetuada pela via abdominal ou vaginal, podendo ser ainda classificada em total ou subtotal. De acordo com os dados estatísticos analisados nota-se um aumento considerável de mulheres a serem submetidas a histerectomia em Cabo Verde. No caso São Vicente, os dados estatísticos apontam que de 2013 a 2016 foram realizadas duzentos e quarentas e seis (246) histerectomias em mulheres com idade compreendida entre os 28 aos 86 anos, sendo que 41% destas mulheres encontra-se na idade reprodutiva.

Esta foi de uma pesquisa de abordagem qualitativa de natureza descritiva, desenvolvida no Hospital Dr. Baptista de Sousa, no serviço do bloco operatório no período de março a julho de 2016, em que foram entrevistadas nove (9) enfermeiros, deste serviço, com o objetivo de conhecer as suas percepções sobre as implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutiva. Sendo a entrevista estruturada o método de apoio para a recolha de informações pertinentes a esta realização.

As descobertas da pesquisa deram origem a três (3) categorias: (1) percepção dos enfermeiros sobre histerectomia; (2) percepção dos enfermeiros sobre as implicações de histerectomia e (3) assistência de enfermagem as mulheres submetidas a histerectomia.

**Palavras-chave:** enfermagem, histerectomia, mulher em idade reprodutiva.

## **ABSTRACT**

A hysterectomy is removal of the uterus through surgery which can be performed through the abdominal or vaginally, and may be further ranked by total or subtotal. According to the statistical data analyzed is noted a considerable increase in women undergoing hysterectomy in Cape Verde. In St. Vincent, the statistics show that from 2013 to 2016 were made two hundred forty-six (246) hysterectomies in women aged 28 to 86 years, with 41% of these women is of reproductive age.

This was a qualitative study of descriptive nature, developed at Hospital Dr. Baptista de Sousa, in the operating room service from March to July 2016, in which nine (9) nurses were interviewed for this service, with the order to learn their perceptions about the implications of hysterectomy in women of reproductive age. It is a structured interview the method of support for the collection of information relevant to this achievement.

The research findings have given rise to three (3) categories: (1) perception of nurses on hysterectomy; (2) perception of the nurses about hysterectomy implications and (3) nursing care women underwent hysterectomy.

**Keywords:** nursing, hysterectomy, woman of reproductive age.



## **Lista de Abreviatura**

ANA-Associação Americana dos Enfermeiros

HBS – Hospital Baptista de Sousa

HPP- Hemorragia pós-parto

HTA- Histerectomia Abdominal Total

HUA-Hemorragias Uterina Anormal

NHF-Necessidades Humanas Fundamentais

NIC III-Neoplasia intra-epitelial cervical.

SUD-hemorragia uterina disfuncional.

SV – São Vicente

URPA -unidade de recuperação pós-anestesia

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem da universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem. Trata-se de um trabalho monográfico, que tem como objetivo dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação científica, intitulada: as implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutivas: percepção dos enfermeiros do bloco operatório, do Hospital Dr. Baptista de Sousa. O interesse pelo estudo da temática resulta, em aprofundar conhecimento sobre a temática.

Pois, sendo um estudo de carácter científico este encontra-se estruturado em três capítulos, para uma melhor compreensão do tema em estudo sendo que no primeiro instante encontra-se a problemática e justificativa da escolha do mesmo, como forma de demonstrar a sua relevância em merecer ser estudo.

No Capítulo I: encontra-se o enquadramento teórico do tema, com os seguintes aspetos: indicações para histerectomia, procedimentos éticos na histerectomia, complicações da histerectomia, assistência dos enfermeiros nos cuidados pré e pós-operatório, entre outros conceitos chaves para melhorar a compreensão do estudo em questão.

Já no capítulo II: designado de enquadramento metodológico serviu-se de base para a elaboração da fase empírica da pesquisa, debruçando-se sobre o tipo de estudo, o método de recolha de dados, a população alvo e os procedimentos éticos adotados, isto é, trata-se do desenho pelo qual a pesquisa foi organizada.

Finalmente no capítulo III: Fase empírico, que engloba a apresentação dos resultados obtidos durante o processo de investigação. Este percurso termina com as considerações finais e a apresentação das referências bibliografias consultadas.

É de salientar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas do conselho científico da Universidade do Mindelo, assento no livro à Investigação Científica: Guia para investigar e no novo acordo ortográfico.

Para o estudo da temática optou-se por um estudo qualitativo, descritivo de carácter fenomenológica, sendo que o método de recolha de dados foi a entrevista estruturada recorrendo a um guião de entrevista estruturado.

## PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Após apresentação do tema em estudo, será importante perceber quais as motivações para a escolha do mesmo e a pertinência do seu estudo.

O contexto profissional da investigadora suscitou-lhe curiosidade intelectual para compreender, qual a percepção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório, no Hospital Dr. Baptista de Sousa, sobre as implicações da histerectomia nas mulheres em idades reprodutivas, sabido que a histerectomia é uma cirurgia irreversível, que leva a perda da possibilidade de reprodução.

Um dos aspetos importantes, que veio reforçar esta escolha, baseou-se numa experiência vivenciada pela investigadora, onde após uma consulta médica sugeriu a hipótese de uma histerectomia sendo ela nupara.

Levando em conta que a histerectomia é um procedimento cirúrgica mutilante, pode carregar implicações psicossociais, familiares, social e conjugais nessas mulheres.

Como futura enfermeira é indispensável estar dotada de um conhecimento alargado sobre a temática, proporcionado uma ferramenta para melhorar a eficácia na prestação dos cuidados as mulheres submetidas a uma cirurgia de histerectomia.

Pois, esta cirurgia consiste na remoção do útero, podendo a via ser vaginal ou abdominal (Silva, 2010, citada, por Barro, 2014), em consequência de algumas patologias, e a abordagem deve ser individualizada, desencadeando ou não fortes mudanças na vida da mulher, incluindo a desvantagem de comprometer definitivamente a fertilidade. E é considerada a segunda maior causa em número de cirurgia feita em mulheres com idade reprodutiva, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo que constitui uma das cirurgias ginecológicas que vem desde a antiguidade, realizada não apenas em cabo verde, mas em todo o globo terrestre, atualmente a prevalência de histerectomias é alta no mundo inteiro, o que mostra a importância deste estudo.

A história da histerectomia remonta ao século XVI, sendo a primeira operação deste tipo é abonada a Berengarius, que em 1507, na cidade de Bolonha, realizou a retirada do útero através da vagina. No entanto, há dúvidas sobre se a retirada foi total ou parcial. Não obstante, em 1560, é creditada a Andreas a realização da primeira ressecção uterina por via vaginal na cidade de Cruce (Murta; Reis; Abrão, e Miziara, 2000).

Mais adiante no século XIX a histerectomia vaginal foi realizada com planeamento. As indicações, naquela época, eram para os casos de prolapso, retroversão aguda ou crônica e no câncer do colo uterino. A primeira exérese do útero pela via abdominal foi realizada por Heath em Manchester, Inglaterra, no ano de 1842, após quase 300 anos da primeira cirurgia vaginal (Murta; Reis; Abrão, e Miziara, 2000).

Como descrito por Sória; Fagundes; Vieira; Cavalli; Santos, (2007) a frequência da histerectomia varia conforme o país, sendo muito mais alta nos Estados Unidos e na Austrália, quando comparados à Europa. Nos Estados Unidos, realizam-se cerca de 600.000 histerectomias por ano; na Austrália, a proporção é de 1:1000 mulheres ao ano e, no Reino Unido, são realizadas 100.000 histerectomias por ano. No Brasil, foram realizadas cerca de 107.000 histerectomias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2005.

No que se refere a situação de Cabo Verde nota-se que o cenário não difere muito, pois Cabo Verde tem apresentado nos últimos anos um aumento considerável de mulheres a serem submetidas a histerectomia, impondo assim uma necessidade de abordar o problema para que se possa dar mais atenção a problemática e consequentemente criar estratégias mais eficazes para a sua diminuição.

No caso São Vicente, segundo os dados estatísticos levantados junto ao serviço estatístico do Hospital Baptista de Sousa (HBS), de 2013 a 2015 foram realizadas duzentos e quarenta e seis (246), histerectomias em mulheres com as idades compreendidas entre 24 á 87 anos, sendo que 41% destas mulheres encontra-se na idade reprodutiva.

De entre os duzentos e quarenta e seis (246), mulheres, 42% são da ilha de São Vicente, 44% são da ilha de Santo Antão e as restantes 14% são das ilhas, de Santiago, São Nicolau, Boavista, Sal, Fogo e Brava. Os dados indicam que ainda foram realizadas quatro (4) histerectomias em mulheres de nacionalidade estrangeiras nomeadamente santomenses, cubana e guineenses. Evidentemente, a histerectomia consiste atualmente numa das cirurgias mais realizadas em todo o mundo, a maioria delas por via abdominal. Acredita-se que nos Estados Unidos mais de 20 milhões de americanas já foram submetidas a este procedimento (Amorim, Santos e Guimarães, 2000).

**Quadro 1** - Dados de histerectomias realizadas no Hospital Baptista de Sousa (HBS), em São Vicente, de 2013 a 2015.

<b>Ano de registo</b>	<b>Número de registo</b>	<b>Idade</b>
<b>2013</b>	64 Histerectomia	Entre 30 a 80 anos
<b>2014</b>	68 Histerectomia	Entre 28 a 73 anos
<b>2015</b>	75 Histerectomia	Entre 35 a 86
<b>Janeiro a junho de 2016</b>	39 Histerectomia	Entre 24 a 87
<b>Total</b>	246 Histerectomia	28 a 87 anos

Fonte: “Elaboração própria”

As indicações para a realização destas histerectomias são variadas sendo que 46% dos casos foram por miomatose uterina, 10% são por hipermenorreia, 9% por prolapso uterino e as restantes 35% são por outras causas. Regista-se ainda alguns casos relacionados com várias outras situações nomeadamente: sangramento pós-menopausa, fístula vesica vaginal, ca in situ de colo, miomectomia, quisto de ovário, hiperplasia endometrial, NIC III (Neoplasia intra-epitelial cervical), adenomiose, menometrorragia, massa pélvica, dor abdominal, íterícia de gestação de 35 semanas, endometrite pelve, carcinoma de endometriótico, rutura uterina.

Levando em consideração a pergunta de partida, bem como o que se pretende estudar e as caraterísticas do estudo, o presente trabalho tem como objetivo geral: Identificar a perceção dos enfermeiros sobre as implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutiva no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa (HBS); e como objetivos específicos: Anunciar as principais indicações da histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Babista Sousa, descrever os cuidados pré e pós-operatório prestado a mulheres submetidas a histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa e identificar as dificuldades sentidas pelo enfermeiro na assistência a mulher submetida a histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

No desenvolvimento de qualquer trabalho de carácter científico, é essencial a elaboração de um enquadramento teórico, que possibilite uma ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente, permitindo reunir os conceitos mais pertinentes, para compriemção do fenómeno em estudo.

### **1.1. Hysterectomy**

A hysterectomy consiste na extração do útero por meio de cirurgia que pode ser efetuada pela via abdominal ou vaginal, podendo ser ainda classifica em total ou subtotal e é segundo Hacker e Moore, (1994) a mais comum das cirurgias ginecológicas, e a segunda entre os maiores procedimentos cirúrgicos. Ainda alegam que antes de fazer a sua realização deve-se fazer uma citologia cervical e, quando necessário, uma colposcopia para excluir um câncer cervical oculto (*ibidem*).

De acordo com Azevedo, Santos, Ruzon e Azevedo (2010) a hysterectomy constitui-se em um procedimento cirúrgico de extração total ou parcial do útero. Em que a hysterectomy abdominal total, envolve a remoção do útero e dos anexos uterino através de uma incisão abdominal o que diferencia da hysterectomy vaginal que são removidos através de uma incisão feita profundamente no interior da vagina.

Rothrock (2008) ainda alega que a hysterectomy abdominal total (HAT) é a remoção do útero inteiro, incluindo o corpo e o colo. E que quando HAT é combinada com salpingo-ooforectomia, o procedimento é comumente chamado pan-hysterectomy ou hysterectomy completa.

### **1.2. Indicação para hysterectomy**

A hysterectomy tem como principal indicação as patologias benignas e suas complicações, sendo que é a opção mais eficaz para eliminar os sintomas e a recorrência de várias doenças ginecológicas. As indicações são várias e variam desde sangramento uterino anormal, hemorragias pos-parto, hemorragias uterinas disfuncional, endometriose, leiomiomas uterinas e prolapso.

Ou seja, ela pode ser realizada como forma de tratamento de uma seria de problemas do aparelho reprodutor nomeadamente relaxamento pélvico sintomático ou prolapso, dor associada com congestão pélvica, doença inflamatória pélvica, cisto ovariano

recorrente, endometriose, fibroides (miomas), sangramento idiopático em mulheres na pós-menopausa, sangramento uterino disfuncional ou adenomiose (Meeker e Rothrock 1997).

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003) “a histerectomia é usada como forma de tratamento de uma série de problemas do aparelho reprodutor, para além do leiomoma, incluindo cancro do colo do útero, e do ovário; e de problemas estruturais, como prolapso grave”.

Complementando Salimena e Sousa (2008) afirmam ainda que as indicações para histerectomia consistem na falha do tratamento clínico ou da ablação endometrial em uterinos com sangramento uterino anormal, em miomas uterinos associados à dor ou com sangramento uterino anormal, em úteros de volume até 500 cm.

Ainda Gomes e Romanek (2013) complementam que a histerectomia consiste no tratamento de câncer, sangramento uterino disfuncional, endometriose, crescimentos não malignos, dor persistente, relaxamento, prolapso pélvicos e lesão prévia do útero.

Em suma pode-se dizer que a histerectomia consiste na remoção do útero por meio de uma cirurgia, em consequência de algumas patologias e usada como forma de tratamento dessa mesma patologia, podendo ser realizada por duas vias, sendo a abdominal e a vaginal. Nesse sentido é importante explorar cada uma dessas indicações para esse procedimento cirúrgico, pelo que passo então a exploração dos conceitos dos mesmos.

### **Sangramento uterino anormal.**

Para Medeiros, Almeida e Filho (2004) “o sangramento uterino anormal é um evento de fisiopatologia variável. É uma das queixas mais comuns em consultórios de ginecologia acometendo principalmente mulheres no menacme, ou seja, da adolescência até a peri menopausa”.

### **Hemorragia pós-parto**

Segundo Hacker e Moore, (1994)

“A hemorragia pós-parto é definida como perda sanguínea superior a 500 ml, durante o parto. Em geral, há uma perda de sangue na operação cesariana, por isso, nessas pacientes, uma perda superior a 1.000 ml é considerada hemorragia



pós-parto. Habitualmente, essa perda excessiva ocorre no pós-parto imediato, mas ela pode ser lenta, durante as primeiras 24 horas”.

Na visão de Graça (2000) não há uma definição mundialmente aceita de hemorragia pós-parto, embora tradicionalmente se considere existir quando o volume das perdas sanguíneas após o parto é superior a 500 ml. Sabe-se que, no entanto, que as perdas consequentes de um parto normal são frequente superiores a esse limite sem que tal represente, necessariamente, uma situação anômala.

Para Lowdermilk e Preey (2008) a hemorragias pós-parto (HPP) é tradicionalmente definida como a perda de mais de 500 ml de sangue depois do parto normal, ou 1000 ml após o parto por cesariana. Uma alteração de 10% no valor do hematócrito entre a admissão e o pós-parto ou a necessidade de administração de transfusão de concentrado eritrocitário também é usada para definir a HPP.

Também Graça (2000) sublinha ainda que, “nas situações excepcionais em que falham as medidas terapêuticas deverão ser tomadas atitude terapêutica cirúrgica. Estas incluem a laqueação das artérias uterinas ou hipogástricas ou mesma a histerectomia”.

### **Hemorragia uterina disfuncional**

De acordo com, Hacker e Moore (1994) o sangramento uterino disfuncional é definido como o sangramento de um endométrio proliferativo, resultante da anovulação, na inexistência de qualquer doença orgânica é um diagnóstico de exclusão, para o qual devem ser rejeitados as doenças locais e sistêmicas.

Conforme Phipps, Sands e Marek (2003) “a hemorragia uterina disfuncional (HUD) concete, na hemorragia Uterina excessiva ou irregular, sem causa aparente. Podendo assumir diversas formas, incluindo fluxos excessivos (menorreias), menstruação prolongada e hemorragias intermenstruais”.

Medeiros, Almeida e Filho (2004) definem essa hemorragia como síndrome determinada por desvio menstrual, devido às alterações dos mecanismos de controlo da menstruação, com exceção da gravidez e doenças da genitália, mais frequente nos extremos da vida reprodutiva (adolescência e pré-menopausa).

Enquanto, para Lowdermilk e Preey (2008) “a hemorragia uterina disfuncional, designa-se por hemorragias uterina anormal (HUA) qualquer forma de irregularidade menstrual, quer esteja relacionada com a quantidade, duração ou ocorrência da hemorragia fora do período habitual”.

Na ótica de Monahan, Sands, Neighbors, Marrk e Green (2010) HUD consiste em hemorragia vaginal anormal, que ocorre durante os ciclos menstruais em que não há ovulação. E que o termo hemorragia disfuncional deve ser apenas aplicada á hemorragia anovulatória. Sendo o diagnóstico feito por exclusão, o que significa que só é determinado depois de ter sido excluído outras causas.

O tratamento “nas mulheres cuja hemorragia não pode ser controlada com hormonas, pode ser necessário proceder a dilatação e curetagem, ablação do endométrio ou histerectomia” (Monahan, Sands, Neighbors, Marrk e Green, 2010).

## **Endometriose**

Segundo Hacker e Moore, (1994) a endometriose é uma condição benigna, em que as glândulas endometriais e o estroma são encontrados fora da cavidade endometrial, geralmente no ovário ou no peritônio pélvico. Tem grande importância, em ginecologia, devido a sua frequência, sintomatologia, ligação com a infertilidade e possibilidade de invasão dos sintomas orgânicos adjacentes, como a gastrointestinal e urinários.

Nessa mesma linha de raciocínio os autores afirmam que “os grandes endometriomas (6 a 20 cm) só podem ser tratados pela ressecção cirúrgica. Quando a utente estiver na faixa dos 40 anos, o tratamento de escolha é a histerectomia abdominal total (HAT), com salpingo-ooforectomia bilateral (SOB), mesmo que se possa ressecar completamente a parte afetada” (Hacker e Moore, 1994).

Ainda Monahan, Sands, Neighbors, Marrek e Green (2010) afirmam que a endometriose é uma situação em que as células endométricas, que normalmente revestem o útero, estão espalhadas pela pelve, afetando habitualmente a mulher na fase reprodutora, aproximadamente 10% a 15% da população feminina e frequentemente causa dor pélvica.

Ainda os autores referem que a intervenção cirúrgica pode ser necessária se a perturbação não responder á terapêutica, onde a cirurgia mais radical implica a remoção do

útero, das trompas e, eventualmente, dos ovários. A função ovárica é preservada se, de todo, for possível. O início a menopausa detém esta perturbação (Phipps, Sands, e Marrek, 2003).

Complementando, Medeiros, Almeida e Filho (2004) referem que “a histerectomia é indicada quando a endometrite constitui o foco de infecção permanente do quadro de pelve peritonite, e, durante o ato cirúrgico, se encontra o útero com áreas de necrose”.

Ainda Lowdermilk e Preey (2008) afirma que, “para aquelas que não desejam preservar a sua possibilidade de procriar, a única cura definitiva é a histerectomia e a salpingo-ooforectomia bilateral (histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral)”.

### **Cancro do colo uterino**

O Ministério de Saúde do Brasil (2002) “classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afeção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos”.

Conforme afirmam Phipps, Sands, e Marek, (2003) “o cancro do colo útero é da célula escamosa, com origem na camada epidérmica do colo do útero. A displasia das células, que indica a presença de uma lesão precursora e a que se dá o nome de neoplasia intraepitelial cervical (NIC)”.

No entanto, “o cancro do colo do útero é tratado de acordo com o estágio da doença. O carcinoma in situ pode ser tratado através de “conização excecional, criocirurgia ou cirurgia laser, especialmente se a mulher quer ter mais filhos. Poderá escolher-se a histerectomia se a fertilidade não for um problema. O cancro mais invasivo é tratado com procedimento cirúrgico ou radioterapia” (Phipps, Sands, e Marek, 2003).

Em concordância Monahan, Sands, Neighbors e Marek (2010) afirmam que “os cancros do colo do útero são pavimentos celulares originando-se na camada epidérmica do colo do útero”.

Os autores afirmam que, a histerectomia, simples ou radical, é o procedimento cirúrgico mais indicado para tratar o cancro do colo do útero de estádios I e II. Já na radical, faz-se a extração do útero, dos tecidos de suporte, da vagina distal e dos gânglios linfáticos

da pelve. Em certas doenças, o cancro pode encontrar-se localmente avançado, mas ainda confinado á pelve (Monahan, Sands, Neighbors e Marek, 2010).

### **Leiomiomas uterinos**

Para Hacker e Moore, (1994) “os leiomiomas (fibromas) são tumores do músculo liso uterino”. Pelo que cerca de 20% das mulheres desenvolvem fibromas ao redor dos 40 anos, sendo eles a principal indicação de grandes cirurgias nas mulheres. Eles provocam graves complicações da gestação, confundem o tratamento da menopausa e prejudicam o diagnóstico de neoplasias ginecológicas mais graves” (Hacker e Moore, 1994).

Ainda os autores realçam que, a dor ou pressão pélvica, a dor lombar, a dispareunia, a dismenorreia secundária ou o desconforto associado a um leiomioma pedunculado, que sai pelo orifício cervical, também são indícios legítimas de miomectomia ou na maioria dos casos, de histerectomias (Hacker e Moore, 1994).

Na mesma linha de raciocínio Phipps, Sands e Marrek (2003) afirmam que “no leiomioma, a indicação mais comum é a histerectomia. E esta decisão depende da idade da mulher, da gravidade dos sintomas e se pretende a sua fertilidade. Pode realizar miomectomia se o tumor estiver na parede exterior do útero, deixando as paredes musculares deste relativamente intactas”.

Para Lowdermilk e Preey (2008) o leiomioma (fibroma ou mioma) uterino é considerado uma causa frequente de menorrágia. Pois estes são tumores benignos do músculo liso uterino cuja causa é desconhecida. Podem ser encontradas em cerca de um quarto de toda as mulheres em idade produtiva, embora a sua ocorrência seja duas a três vezes mais elevadas nas mulheres afro-americanas.

Na perspectiva de Monahan, Sands, Neighbors e Marrek (2010) os leiomiomas são tumores benignos, com origem na célula muscular, que contêm quantidades variáveis de tecido fibroso. No entanto segundo estes autores a etiologia dos leiomiomas não é conhecida na sua totalidade.

## **Prolapso uterino**

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), este representa um problema grave em que o útero se projeta pelo orifício do pavimento pélvico ou do hiato genital. Geralmente está associado a cistocelo ou rectocelo. Sendo mais frequente na mulher múltípara, de raça branca, em respostas a traumatismo dos músculos e da fáscia, da pelve, que ocorrem durante o parto.

Complementa Hacker e Moore (1994) que quando a cérvix permanece dentro da vagina, chama-se de prolapso de primeiro grau. Quando a cérvix faz protrusão além do introito, torna-se um prolapso de segundo grau. E ainda um prolapso de terceiro grau ou procidência completa implica a saída completa do útero para fora da vulva.

Os procedimentos para fixar a parede vaginal são designados por colporrafia anterior e posterior, e muitas vezes são realizados em simultâneo com histerectomia (Monahan, Sands, Neighbors e Marek 2010).

## **Hiperplasia Adenomatosa**

Para Hacker, e Moore, (1994) “a hiperplasia adenomatosa do endométrio representa uma condição hiperplástica, na qual as glândulas não são císticas e o estroma nem sempre participa da reação hiperplástica. Essa condição é constituída por uma proliferação ativa do epitélio glandular, de forma que as glândulas se amontoam lado a lado sem estroma intervenientes”.

Como pude demonstrar, são várias as indicações para a realização de uma histerectomia, parcial ou não. Mas, no entanto, há que levar sempre em consideração o motivo pelo qual esta decisão foi tomada, para que não haja o comprometimento da fertilidade, preservando esta dádiva, seguindo outro tratamento, se houver hipótese clínico de melhoria.

### **1.3. A histerectomia e suas implicações**

A histerectomia mesmo sendo um tratamento de várias doenças ginecológicas acarreta implicações negativas e positivas na vida das mulheres, dependendo de mulher para mulher, do grau de complicação da doença, da sociedade em que encontra e do entendimento sobre a cirurgia submetida.

A intervenção cirúrgica ginecológica é algo que denota uma invasão ao corpo feminino. Implica a modificação da estrutura corporal, e mais do que isto, a manipulação de partes do corpo relacionadas à sexualidade e identidade feminina, podendo acarretar modificações profundas na imagem corporal (Silva, Santos e Vargens, 2010).

De acordo com Merghi, Oliveira, Jesus, Hoga, e Pedroso, (2012) “ao ser submetida à histerectomia, a mulher vivencia um processo de mudanças nos diversos âmbitos de sua vida. Estas mudanças trazem resinificações a respeito da vida pessoal, familiar e profissional, configurando um novo sentido a seu cotidiano”.

Sendo assim, o processo cirúrgico da histerectomia pode acarretar várias implicações no processo de viver da mulher. Visto que o útero tem sua função biológica e fisiológica ligada à maternidade e representa socialmente a sexualidade, é possível inferir que sua retirada poderá interferir negativamente na autoimagem e na qualidade de vida das mulheres, intervindo até mesmo na vida conjugal e nas relações sociais (Nunes, Gomes, Padilha, Gomes e Fonseca, (2009).

Num artigo de Nunes, Gomes, Padilha, Gomes e Fonseca, (2009) algumas mulheres objetivaram a cirurgia como um evento negativo, ancorando as vivências pós-operatórias na impossibilidade de se tornarem mães, na incapacidade de manterem o casamento, nas incertezas quanto à capacidade de sentirem prazer e de serem socialmente aceitas. Tais representações expressam o conhecimento, tanto advindo dos (as) profissionais de saúde quanto do senso comum, incluindo seus mitos, anseios e fantasias acerca dessa intervenção cirúrgica.

Num estudo realizado por Silva, Santos e Vargens (2010) constataram que, para algumas mulheres a extração do útero representava eliminar possibilidades futuras para a reprodução ou assinalava mesmo o fim de uma história de tentativas vividas anteriormente.

Já no estudo feito por Melo e Barros (2009) cinco (5) mulheres (31,25%) referem repercussões positivas na vida social e quatro entrevistadas (25%) na vida afetiva após a

histerectomia, devido ao alívio nos sintomas presentes antes da cirurgia. Os relatos incluem diminuição da ansiedade e melhoras no humor, o que propicia sensação de tranquilidade e favorece as relações interpessoais.

Para além de a histerectomia provocar implicações negativas e positivas na vida das mulheres, ainda pode levar a varias complicações, e o enfermeiro na sua assistência deve desempenhar as atividades que contribuem para a saúde ou para uma recuperação eficiente, evitando complicações que pode surgir.

#### **1.4. Complicações da histerectomia**

Apesar de a histerectomia ser a solução para várias patologias, este método pode provocar complicações intra e pós-operatórias como: hemorragia, infeção, deiscência da ferida operatória, infeção urinária e pneumonia pós-cirúrgica, além de lesões dos órgãos adjacentes como ureter, bexiga e intestino.

De acordo com Phipps, Sands e Marek, (2003) as complicações da histerectomia são geralmente, as que estão associadas a qualquer grande cirurgia e á anestesia geral, sendo a cicatrização, íleos, obstipação e disfunção urinária são as principais preocupações.

Na ótica de Aguiar, Antunes e Cesar (2010) a histerectomia é o procedimento cirúrgico ginecológico de grande porte mais comum, sendo a maioria das indicações por doença benigna. Dentre as complicações desse procedimento cirúrgico estão a constipação, dispareunia, incontinência para gases e fezes, urgência evacuatória, escapes fecais e distensão abdominal e constipação.

Complementam Hobeika, Neto, Paiva, Pedro e Martinez, (2002) que as principais complicações da histerectomia são: hemorragia intra e pós-operatória, infeção e deiscência da parede abdominal, infeção urinária e pneumonia pós-cirúrgica, lesões dos órgãos adjacentes como ureter, bexiga e intestino e a doença tromboembólica.

Como afirmam Gomes e Romanek, (2013) podem ocorrer hemorragia e para se detetar essas complicações devem-se contar os absorventes perineais utilizados, avaliar a extensão da saturação com sangue e monitorar os sinais vitais

Além dessas, devem ser citadas algumas complicações tardias da histerectomia, tais como os distúrbios sexuais, as disfunções do trato urinário inferior e a constipação

intestinal, essa última devido a aderências pélvicas pós-histerectomia (Hobeika, Neto, Paiva, Pedro e Martinez, 2002).

Sendo a histerectomia uma grande cirurgia, como tal suscita a preocupação de complicações tais como hemorragia, infecção, deiscência da ferida operatória, infecção urinária e pneumonia pós-cirúrgica, além de lesões dos órgãos adjacentes como ureter, bexiga e intestino, etc como qualquer outra grande cirurgia. Portanto há que ter em conta a prevenção destas complicações e uma forma de as monitorar é feita através a contagem dos absorventes perineais utilizados, avaliar a extensão da saturação com sangue e monitorar os sinais vitais. No entanto, também a que ter em conta as complicações tardias consequentes desta cirurgia.

### **1.5. Os procedimentos éticos e legais em histerectomia**

No que refere aos procedimentos éticos e legais, é preciso ter em mente que o atendimento as mulheres submetidas a histerectomia têm particularidades que envolvem varias questões, éticas e legais, nomeadamente a privacidade, proteção, confidencialidade e o respeito, autonomia, autodeterminação, anonimato.

Nos cuidados de saúde, e mais especificamente nos cuidados de enfermagem, a discussão ética é óbvia, desde logo, porque são cuidados que se desenvolvem num contexto inter-relacional, onde a privacidade, a informação, a livre decisão, o dano, a morte e a vida são uma constante (Parente, Queirós, Filipe e Gomes, 1998).

De acordo Phipps, Sands e Marek (2003) “as leis representam normas sociais, formalidade, sobre determinadas ações e os enfermeiros, tal como o resto dos cidadãos, são obrigados a respeitar as leis do país”.

Segundo Monahan, Sands, Neighbors e Marek (2010) o papel do enfermeiro peri-operatório é o de advogado do utente. Ela avalia a capacidade de tomada de decisões do utente, certifica que o utente teve a informação necessária para dar o consentimento informado e esclarecer eventuais conceções erradas.

Ainda os mesmos autores e (*ibidem*) sublinham que, “as explicações da AON sobre o código de ética da ANA (Associação Americana dos Enfermeiros), salientam que a obrigação ética do enfermeiro é confirmar que o cirurgião obteve o consentimento adequado para a cirurgia”.



Por conseguinte Filho (2011) afirma que consentimento informado:

“É o registro em prontuário de uma decisão voluntária, por parte do utente ou de seus responsáveis legais, tomada após um processo informativo e esclarecedor, para autorizar um tratamento ou procedimento médico específico, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências”.

No domínio das práticas de saúde, o consentimento informado é necessário nas seguintes condições: realização de procedimento invasivo; procedimentos anestésicos; realização de um procedimento não-cirúrgico onde há risco para o paciente; e realização de um procedimento que envolve radiação ou tratamento com cobalto. A cirurgia mutiladora está entre estas condições, entendendo-a como um tipo de tratamento de doenças por meio de operações que resultam na retirada de alguma parte do corpo, com consequente mutilação (Araújo et al, 2011).

#### **1.6. Assistência do enfermeiro nos cuidados pré e pós-operatório junto a mulher submetida a histerectomia.**

É importante enfatizar que o cuidado é a essência da enfermagem e deste modo, o enfermeiro é fundamental nos processos de atenção à saúde, sobretudo no que tange a assistência nos cuidados peri-operatório. Não se podia deixar de fazer alguma notação sobre a assistência de enfermagem nesse período.

De acordo com Gomes e Romanek, (2013) para a intervenção cirúrgica da histerectomia os cuidados de enfermagem são de grande importância para que as cirurgias sejam realizadas com o mínimo de risco para os utentes, em que a equipe deve estar atenta aos cuidados tanto no pré como no pós-operatórios e também intraoperatório a fim de que o ato cirúrgico seja bem-sucedido.

Segundo Phipps, Sands e Marek, (2003) no início do século XX, muitos procedimentos cirúrgicos eram realizados no domicílio do utente, em que o papel da enfermagem centrava-se na preparação do ambiente e no suporte ao utente.

Também os autores afirmam que, “a enfermagem peri-operatória, como é hoje conhecida, é o resultado da enfermagem do bloco operatório, praticada nos primeiros anos. No entanto, e ao contrário de então, a enfermagem peri-operatória contemporânea é centrada no utente, em vez de orientada para as tarefas inerentes” (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Já para Rothock (2008) o enfermeiro peri operatório tem assumido a responsabilidade por proporcionar um ambiente seguro, eficiente e favorável ao cuidado aos utentes cirúrgicos, no qual a equipa cirúrgica atuem efetiva e eficientemente para obter resultados positivos para os pacientes.

#### **✓ Nos cuidados pré-operatórios**

Segundo Gomes e Romanek, (2013):

“A fase pré-operatória começa quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do utente para a mesa da sala de cirurgia. O espectro de atividades de enfermagem durante esse período pode iniciar-se no estabelecimento de uma avaliação emocional, antes do dia da cirurgia, ao realizar a entrevista pré-operatório”.

Já para Rothock (2008) as fontes de dados podem ser a entrevista pré-operatório com o utente e sua família por uma enfermeira, avaliação do plano de cuidado de enfermagem e análise do prontuário médico do paciente; resultado de exame diagnóstico pré-cirúrgicos e a anestesiológica.

Enquanto para Monahan, Sands, Neighbors e Mark, (2010) nos pré-operatórios, o ensino é essencial, sendo usualmente, iniciado no consultório medica ou pela equipa de pré-administração.

Nessa mesma linha de raciocínio os autores afirmam que, posteriormente, o enfermeiro deve fortalecer esse mesmo ensino, conforme seja necessário, esclarecendo os planos de controlo da dor, bem como a importância do andar precoce e frequente (Monahan, Sands, Neighbors e Mark, 2010). A seguir, os cuidados a prestar no pré-operatório nas mulheres submetida a histerectomia segundo a óptica de Gomes e Romanek, (2013):

**1** - Neste período compete ao enfermeiro a realização de um histórico completo, contendo exame físico, a avaliação de riscos e complicações pós-operatória, verificar se foi assinado o termo de consentimento informado, obter exames de hemograma, eletrólitos, tipos sanguíneos e fator Rh já solicitados anteriormente. Questionar sobre patologias e alergias, confirmar jejum, verificar e anotar sinais vitais (SSVV), remover grampos, perucas, maquiagens, joias, próteses, pertences pessoais, rever prontuários, identificar a

paciente, sala operatória, realizar tricotomia se necessário, verificar permeabilidade do acesso venoso, auxiliar na colocação da camisola hospitalar;

**2** - É necessário que a equipe de Enfermagem esteja apta a lhes fornecerem informações sobre a cirurgia que diz respeito a seu corpo através do esclarecimento de dúvidas sobre o pré-operatório, sendo de grande importância, mas devem ser manifestadas de forma em que a utente possa interagir e participar;

**3** - As utentes devem ser aconselhadas a interromper o uso dos medicamentos anticoagulantes, dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), bem como o ácido acetilsalicílico e a vitamina E antes da cirurgia para reduzir o risco de sangramento. A gravidez é excluída no dia da cirurgia. Antibióticos profiláticos (cefazolinas) podem ser administrados imediatamente antes da cirurgia e interrompidos no dia seguinte;

**4** - A prevenção de eventos trombóticos é crítica, e os métodos podem incluir administração de heparina e o uso de meias de compressão elástica ou um dispositivo de compressão pneumática intermitente;

**5** - A Enfermagem deve estar atenta aos aspetos emocionais da mulher estando ela tais como os pensamentos de que a perda do útero pode-lhe significar o fim de um potencial reprodutivo e o fim da sexualidade; devendo a assistência ser focada em atividades que contemplem a mulher de maneira humanizada, sendo ela vista em sua totalidade, em todos os aspetos biopsicossocioculturais.

#### ✓ **Nos cuidados pós-operatórios.**

De acordo com Meeker e Rothrock (1997) a fase dos cuidados pós-operatórios começa logo após o procedimento cirúrgico seja concluído e o utente é transferido para a unidade de recuperação pós-anestesia (URPA), a URPA, no passado, era conhecida apenas como unidade de recuperação ou sala de pós-anestesia.

Consoante Monahan, Monahan, Sands, Neighbors e Marek (2010) “muitos dos cuidados pós-operatórios, prestados após histerectomias, são semelhantes aos prestados após qualquer grande cirurgia e incluem a avaliação quanto à presença de hemorragia e embolia pulmonar”.

Enquanto, Rothock (2008) evidenciam que a avaliação inicial do utente no pós-operatório começa com a imediata determinação do adequado funcionalmente das vias aéreas e circulatórias. As vias aéreas são avaliadas conforme a sua perviedade, aplica-se oxigénio umidificado e verifica-se incursões respiratórias.

Estes autores ainda referem que, os cuidados para promoção da actividade, as medidas de suporte da eliminação urinária, as medidas de suporte do retorno peristáltico, promoção do sono, proporcionar do apoio emocional, e controlo da fadiga são cuidados muito essenciais a prestar no pós-operatório (Monahan, Monahan, Sands, Neighbors e Marek 2010).

Ainda na mesma linha de raciocínio, estes evidenciam que dá-se o início a oximetria de pulso em todos aos utentes e determina-se a qualidade do ruído respiratório, conectando o utente ao monitor cardíaco para se verificar a frequência e o ritmo cardíaco, no entanto a pressão arterial é medida por aparelho manual ou automático (Rothock 2008).

Nesta mesma linha Buttcher e Bulechek, (2010) “acrescentam que as intervenções relacionadas com manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária são, monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado”.

Segundo Gomes e Romanek, (2013) deve-se incluir nos cuidados o alívio da ansiedade, aceitação da perda do útero, ausência de dor e ou desconforto, maior conhecimento sobre as necessidades de autocuidado e ausência de complicações.

Tendo em conta que as assistências de enfermagem têm uma função importante nos cuidados pós-operatório junto a mulher histeretomizadas Phipps, Sands e Marrek (2003) propõem as seguintes intervenções:

- ✓ Administrar analgésico.
- ✓ Administrar antipiréticos conforme seja necessário.
- ✓ Promover a circulação e oxigenação.
- ✓ Encorajar a mudança de decúbito, inspiração profunda, tossir e uso de espirométrico de incentivo.
- ✓ Estimular exercício dos membros inferiores, de hora em hora, enquanto na cama.
- ✓ Manter a utilização das meias antiembólicas conforme indicação.
- ✓ Incentivar a deambulação frequente.

- ✓ Avaliar sinais de tromboembolia.
- ✓ Manter o equilíbrio hidroeletrólítico.
- ✓ Registrar todas as eliminações.
- ✓ Promover a eliminação.
- ✓ Controlar a eficácia do esvaziamento da bexiga depois de retirada a algália.
- ✓ Controlar os sinais de retorno do peristaltismo.
- ✓ Incentivar a deambulação frequente e o reforço da ingestão de líquidos.
- ✓ Ensinar alterações da dieta para prevenir a obstipação.
- ✓ Prestar ensino na alta.
- ✓ Ensinar sinais de infeção do aparelho urinário.
- ✓ Prestar ensino sobre cuidados a ter com a ferida operatória.
- ✓ Instruir a utente de que deve evitar levantar objetos pesados, estar muito tempo sentada e longas viagens de automóvel.
- ✓ Dizer a utente que deve abster-se do coito durante cerca de 6 semanas e de fazer irrigações, exceto quando prescritas pelo médico. Poderá verificar-se hemorragias ou corrimento durante 6 semanas.
- ✓ Preparar a utente para eventual ocorrência de alterações do humor e labilidade emocional durante a cicatrização.

Os níveis de intervenções que um utente requer estão delimitados pelo risco de vida, promovendo o bem-estar, melhorando a prestação dos cuidados de enfermagem, atendendo uma continuidade e intensidade nos cuidados.

Segundo Phipps, Sands e Marek, (2003), o ensino antes da cirurgia essencial, sendo, geralmente, iniciado no consultório médico ou pela equipa de pré-admissão.

Em suma pode-se dizer que os cuidados de enfermagem no peri-operatório são um conjunto de ações que deve ser realizada com o mínimo de risco para os utentes, em que a equipa de enfermagem devem estar atentas para garantir o bem-estar, evitar complicações, e promover uma boa recuperação.

De acordo com Monahan, Monahan, Sands, Neighbors e Marek (2010) as intervenções de enfermagem nas mulheres histrectomizada estão relacionadas com:

- ✓ Dor aguda relacionada com a incisão abdominal:

1. Avaliar a duração e a intensidade da dor. Se as medidas de controlo da dor não forem suficientes, devem ser consideradas outras medidas.

2. Manter a perfusão de analgésico de forma que estes sejam administrados regularmente, nas primeiras 24 horas. Permite o controlo mais eficaz da dor, visto que previne dor grave, que é mais difícil de controlar.

3. Incentivar frequentemente mudanças de posição na cama e levante precoce. A atividade física diminui a dor, visto que aumenta a circulação e reduz a tensão muscular. O andar estimula o peristaltismo, diminuindo a intensidade das cólicas e estimulando a expulsão de gases.

✓ Auto-estima situacional baixo, risco de relacionado com a perda do útero e preocupação com a sexualidade:

1. Dar à utente a oportunidade de expressar os seus sentimentos e preocupação sobre a perda do útero. A utente sentir-se mais à vontade para falar sobre as suas preocupações se lhe for dada oportunidade. A identificação dos sentimentos da utente ajuda na orientação do plano de cuidados.

2. Proporcionar informações concretas sobre as mudanças físicas previstas; incluir as pessoas significativas, se possível. Fornecer informações precisas e dissipa ideias erradas.

3. Incentivar a utente a continuar as atividades associadas à feminilidade, como seja arranjar o cabelo, vestir a sua própria roupa, maquilhar-se. As manifestações de feminilidade acentuam o facto de que ela em si mesma não mudou.

✓ Obstipação, risco de relacionado com a manipulação cirúrgica dos intestinos e com os analgésicos:

1. Controlar as características e frequência das fezes. Identificar a necessidade de plano de tratamento e avaliar a eficácia desse plano.

2. Incentivar o levante e o andar de 4 em 4 horas. O andar promove o peristaltismo pode diminuir devido à manipulação das vísceras pélvicas; ajuda a determinar a formação gases.

3. Incentivar a ingestão de líquidos quando permitido. A hidratação adequada favorece as fezes moldadas e prevenir a obstipação e estase de fezes.

4. Ensinar a utente a evitar fazer esforço aquando da defecação. Aumenta a dor abdominal e pode induzir hemorragias no pós-operatório.

✓ Eliminação vesical, compromisso da, relacionado com a perda do tônus muscular da bexiga, dor na contração muscular e desconforto na posição de micção:

1. Controlar o débito urinário até a utente readquirir o padrão de micção normal. A manipulação da bexiga, durante a cirurgia pélvica, pode diminuir o tônus muscular da bexiga levando a retenção urinária.

2. Incentivar a utente a urinar de 2 em 2 horas. Promove boa tonicidade da bexiga e previne distensão

3. Vigiar quanto a distensão e desconforto na região suprapúbica que não seja dor no local da ferida operatória – de 4 em 4 horas. Permite detetar distensão vesical e respetivo grau.

✓ Perfusão tecidual, ineficaz, risco de relacionado com estase venosa pélvica, provocada pela cirurgia:

1. Avaliar os membros inferiores de 8 em 8 horas. A presença de desconforto nas coxas e pernas, dispneia súbita, sinal de Homans positivo, e membros inferiores frios ou de cor pálida, indica alteração da circulação.

2. Encorajar a utente a deitar-se em dorsal, por curtos períodos de 4 em 4 horas, durante 24 horas, ou até á boa mobilidade. Para ajudar no retorno sanguíneo das veias pélvicas e prevenir estase.

3. Incentivar o utente a fazer exercícios dos membros inferiores e a mudar frequentemente de posição, na cama, até andar bem. O exercício físico promove o retorno venoso bomba muscular.

4. Evitar fletir os joelhos ou colocar almofadas debaixo deles. Incentivar a utente a manter os joelhos em extensão, na cama e reduzir ao mínimo o recurso á posição de Fowler elevado. A pressão nas veias politeias ou flexão marcada dos joelhos aumentam a estase venosa.

✓ Gestão do regime terapêutico, ineficaz, risco relacionado com a falta de conhecimento sobre o autocuidado pós-operatório, depois da alta:

1. Explicar á utente quando pode retomar as atividades. As atividades devem ser retomadas gradualmente, para permitir a cicatrização; as atividades vigorosas e que impliquem levantar pesos devem ser evitadas durante 6 a 8 semanas após a cirurgia.

2. Ensinar á utente só sinais de flebotrombose 7 a 10 dias após a cirurgia, depois de a utente regressar a casa.

3. Ensinar á utente só sinais de hemorragia vaginal que deve ser comunicado. Hemorragia excessiva ou persistente é um indicador de alteração da cicatrização.
4. Explica á utente que o banho e actividade leves são permitidos após a alta hospitalar. O banho mantém a higiene, e as atividades leves previnem relacionadas com a imobilidade.

Outro conceito ainda importante a ser explanado neste trabalho e que está completamente relacionado com a recuperação, manutenção, a prevenção a saúde das mulheres histeretomisadas, são as necessidades humanas fundamentais.

### **1.7. As necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson (NHF) modelo teórica**

Tendo em conta que durante o processo de histerectomia algumas NHF encontram-se comprometidas, e isso por vezes torna-se a mulher dependente afetando assim a sua estabilidade, não se podia deixar de fazer alguma observação sobre os mesmos.

E é neste sentido que Henderson (2007) afirma que a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais, quer a pessoa esteja ou não de boa saúde, o enfermeiro deve ter presente o inelutável desejo humano por comida, abrigo, roupa, por amor e aprovação, por um sentido de utilidade e dependência mútua nas relações sociais.

As 14 necessidades humanas fundamentais são: Respirar normalmente; comer e beber adequadamente; eliminar os resíduos corporais; movimentar e manter uma boa postura, dormir e descansar; seleccionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se; manter a temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente; manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; evitar perigos no ambiente e evitar magoar-se; comunicar, medos; praticar de acordo com a sua fé práticas religiosas; ocupar-se em algo que proporcione um sentido de realização; divertir-se ou participar em várias formas de recreação e aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento normal e à saúde (Henderson 2007).

Após a histerectomia algumas das 14 necessidades humanas fundamentais encontram-se comprometidas, neste caso o enfermeiro deve auxiliar as mulheres submetidas a esta cirurgia a superar essas dificuldades nas suas rotinas diárias, ajudá-las a evitar complicações que possam surgir. Nessa etapa é importante então referir as possíveis intervenções de enfermagem que o enfermeiro poderá efetuar, para ajudar a satisfazer essas



NHF. É de salientar que as intervenções serão elaboradas tendo em conta a classificação das intervenções de enfermagem (NIC).

**Quadro 2** - Necessidades humanas fundamentais (NHF) afetadas nas mulheres submetidas a histerectomia e as intervenções de acordo com NIC.

<b>NHF afetadas nas mulheres submetidas a histerectomia</b>	<b>Diagnóstico de Cipe</b>	<b>Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)</b>
<b>Eliminar resíduos corporais</b>	Padrão de eliminação comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorar sinais vitais conforme apropriado;</li> <li>-Administrar terapia IV conforme prescrição,</li> <li>-Administrar líquidos IV em temperatura ambiente;</li> <li>-Monitorar a reação do utente a terapia eletrolítica prescrita;</li> <li>-Consultar o médico diante de sinais e sintomas de persistência ou piora de excesso de volume de líquido;</li> <li>-Monitorar a ocorrência de níveis anormais de eletrolíticos séricos se possível;</li> <li>-Corrigir desidratação pré-operatório conforme apropriado;</li> <li>- Manter a solução intravenosa com eletrolíticos em gotejamento constante, conforme apropriado.</li> </ul>
<b>Medo</b>		-Reduzir ao eliminar estímulos geradores de medo ou

		<p>ansiedade;</p> <p>-Identificar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o utente;</p>
<p><b>Movimentar-se e manter uma boa postura.</b></p>	<p>Mobilidade comprometida</p>	<p>-Selecionar a técnica de transferência adequada ao utente;</p> <p>-Orientar indivíduo sobre técnica de transferência, de uma área a outra;</p> <p>-Usar mecânica correta durante os movimentos;</p> <p>-Movimentar o utente usando prancha para transferência;</p> <p>-Dar encorajamento ao utente quando aprender a transferir-se de forma independente.</p>

<p><b>Sentir-se útil</b></p>	<p>Sentimento de impotência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorar as declarações de Auto valorização do utente;</li> <li>-Determinar a confiança do utente no próprio julgamento;</li> <li>-Encorajar a utente a identificar os pontos fortes;</li> <li>-Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo utente;</li> <li>-Ajudar o utente a identificar reações positivos dos outros;</li> <li>-Evitar críticas negativas;</li> <li>-Transmitir confiança na capacidade do utente para lidar com a situação;</li> <li>-Ajudar a estabelecer metas realísticas para atingir um auto estima maior;</li> <li>-Encorajar a utente a aceitar novos desafios.</li> </ul>
------------------------------	-------------------------------------	--

Fonte: “Elaboração própria”

Pode-se dizer então que os enfermeiros que presta cuidados de enfermagem no período peri-operatório devem estar capacitados para desenvolver estratégias que visam satisfazer as reais necessidades afetadas das mulheres histeretomisadas. Assim eles devem identificar as necessidades e planejar intervenções.

## **CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## **2.1. Fundamentação metodológico**

Este capítulo aborda o desenho metodológico adotado para a elaboração do trabalho monográfico nomeadamente: tipo de estudo, método de colheita de informações, definição da população e a amostra, acesso ao campo de estudo e procedimentos éticos e legais considerados na realização do trabalho.

## **2.2. Tipo de estudo**

Para obter respostas validas a questão de investigação optou-se por um estudo de natureza descritivo, utilizando metodologia qualitativa, de carácter fenomenológico, onde tem por finalidade, a comprienação absoluta dos conhecimentos dos enfermeiros sobre as implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutiva, que pretende contextualizar no serviço do Boco Operatório, do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Trata-se de um estudo descritivo em que pretendo descrever o fenómeno relativo a amostra selecionada, de maneira a estabelecer as características dessa mesma amostra, visando obter mais informações quer seja sobre características da amostra como do fenómeno estudado.

Optou-se pelo método de abordagem qualitativa dado que é uma metodologia que serve para compreender o sentido da realidade social, na qual se inscreve a ação, tendo por objetivo chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos.

É de salientar que o este método tem como ambiente natural a fonte direta para a recolha das informações, mantendo contacto direto com o objeto de estudo em questão.

Esta abordagem permite ao investigador identificar e explorar os significados dos fenômenos estudados e as interações que estabelecem, possibilitando estimular o desenvolvimento de uma nova compreensão sobre a variedade e a profundidade dos fenômenos sociais.

Permite também abarcar e interpretar determinados comportamentos, opiniões e as expetativas dos indivíduos de uma população descrevendo a sua experiência como ela é vivida.

A abordagem fenomenológica justifica-se pelo fato de este ser o método que melhor se apropria aos objetivos da investigação já que o que diferencia a fenomenologia

de outros métodos qualitativos, é que ela busca compreender um fenómeno para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles ou daquelas que vivem ou viveram essa experiência, tomando o indivíduo como unidade de referência.

É de evidenciar que o estudo dos fenómenos consiste em relatar o ambiente percetual de pessoas que vivem uma experiência. É neste sentido que se pretende compreender qual a percepção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório, no Hospital Dr. Baptista de Sousa, sobre as Implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutivas.

### **2.3. Instrumento de colheita de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado para a elaboração do estudo é um guião de entrevista estruturada, com objetivo de levantar o máximo de informações dos entrevistados. Para identificar as fontes que possam interessar à pesquisa, foi realizada uma busca exploratória em material bibliográfico, pesquisas em livros, foram realizadas leituras exploratórias, seletivas, interpretativas e artigos científicos de base de dados.

Optou-se por uma entrevista estruturada visto ser uma técnica que o investigador utiliza frente ao investigado onde formula-se perguntas de acordo com tema em estudo, objetivando a obtenção do maior número possível de informações, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão, que interessam à investigação. Sendo uma forma de interação social em que o investigador procura colher informações para obtenção de informação necessária acerca do que as pessoas percebem, acreditam, esperam ou sentem relativamente a um dado fenómeno.

É de assegurar que o guião foi elaborado pela investigadora, esta constituída por dezassete (17) perguntas abertas, sendo que cinco (5) são de caráter socio demográfico da população estudada por ordem fixa pré-estabelecida.

Antes da aplicação o mesmo teve de ser sujeito a um pré-teste, para validar a ordem, adequação, a coerência das perguntas e de modo a evitar a dupla interpretação.

### **2.4. População**

Uma população são uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999) nesta ótica a

populações alvo definida para este estudo é constituído por dezasseis (16) enfermeiros que trabalham diariamente no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa (HBS).

A seleção da população alvo foi feita mediante a aplicação dos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Enfermeiros com pelo menos de três (3) anos de trabalho no serviço do bloco operatório;
- Licenciados,
- Aceitação na participação no estudo;

Critério de exclusão:

- Manifestação de não aceitar participar no estudo;
- Os enfermeiros não licenciados.

Para definição da amostra optou-se pela técnica de amostragem não probabilística accidental, pois através deste tipo de amostragem são selecionados os membros da população mais acessível, que se encontra no local determinado no momento exato. A condição é que os sujeitos selecionados satisfaçam os critérios de seleção e aceitem participar no estudo.

## **2.5. Contextualização do campo de estudo**

Este trabalho teve como campo de estudo o HBS, precisamente no serviço do bloco operatório, onde foi desenvolvido o estudo com nove (9) enfermeiras que trabalham diariamente no serviço, representando o público-alvo relativo a esta investigação.

O Bloco Operatório está situado no segundo piso frente a frente com a enfermaria de ortopedia, por cima dos quartos particulares e a farmácia, na ala nova do HBS, funcionando diariamente, vinte e quatro horas por dia, das oito às quinze para as intervenções cirurgias programadas e de urgências das quinze às oito com urgências.

Dentro destas intervenções cirúrgicas, temos as cirurgias de utentes internados nas enfermarias do HBS e as ambulatórias, entre as cirurgias encontra-se as seguintes especialidades:

- Cirurgia Geral,
- Cirurgia Plástica,

- Ginecologia/Obstetrícia,
- Maxilofacial/Estomatologia.
- Oftalmologia,
- Ortopneumatologia,
- Otorrinolaringologia.,
- Urologia

O Espaço do Bloco Operatório esta arquitetónizado da seguinte forma:

Ao longo do primeiro corredor, a esquerda encontra o gabinete administrativo que serve para ligar a parte externa a parte interna do bloco operatório, a direita uma área de serviço formado por espaço sujo e espaço para descontaminação e lavagem dos materiais, dois (2) casas de bonho ao fundo, um de utente outro para o pessoal, uma sala pré-operatório separado, uma espaço para homens outro para mulheres, a direita do mesmo corredor encontra o vestiário dos homens, com uma casa de banho, de seguida o vestuário das senhoras com uma casa de bonho ambos com transfere para o corredor dois.

Ainda a esquerda do mesmo corredor encontra um espaço para permanência física dos anestesistas, sala de estar, vestiário do pessoal auxiliares de serviço gerais e a sala do pós-operatório com cinco (5) camas. Ao fundo do corredor encontra a arrecadação de roupas limpas, duas (2) WCs e uma recadarão de matérias.

Ao longo do segundo corredor, depara com o espaço que do acesso as salas (sala 1 e sala 2), por fim o terceiro corredor que do acesso a sala três, arrecadação de material estéril, copa e uma sala de direção do serviço.

É de realçar que as três salas cirúrgicas estão todas equipadas de igual modo com os seguintes equipamentos fixos e maveis. Fixos: foco de luz e sistema de ar e gases. Moveis: carro anestesio mais monitores, suportes, bisturí eletrico, mesa cirurgico e os acessorios, mesas auxiliares para colocação instrumental cirurgico, aspiradores de secreções, banco giratorio, balde, escada de dois degraus, carro para material de consumo e aparelho munitor de forma a garantir a funcionalidade, monitorização dos utentes e a segurança dos mesmos e das equipas de saúde.

É de salientar que os recursos humanos do bloco operatório são compostos pelo pessoal fixo que são: a equipa de enfermagem com dezasseis (16) enfermeiros, e uma



técnica atendente de enfermagem, entra as quais encontra a enfermeira chefe, e a subchefe; uma equipa com seis (6) médicos anestesistas, sendo uma delas a diretora do serviço; oito (8) auxiliar de serviços gerais e uma administrativa.

**Quadro 3 - Dados dos recursos humanos do serviço do bloco operatório**

<b>Recursos humanos do bloco operatório</b>	<b>Femininos</b>	<b>Masculinos</b>	<b>Total</b>
<b>Equipa de enfermagem</b>	14	2	<b>16</b>
<b>Equipa de anestesistas</b>	4	2	<b>6</b>
<b>Auxiliar de serviços gerais</b>	4	4	<b>8</b>
<b>Técnica administrativa</b>	1	0	<b>1</b>

Fonte: “Elaboração própria”

Convém, ainda, registar o pessoal não fixo, referente ao serviço das especialidades cirúrgicas, considerados como pessoal rotativo, mas que exercem as suas funções, tanto no bloco operatório como nas enfermarias, nas consultas de especialidades, bem como nos bancos de urgências e unidade de cuidados especiais.

No que se refere as cirurgias eletivas (Cirurgia Eletiva é aquela em que se consegue escolher a melhor data para se realizar o procedimento cirúrgico), o bloco operatório funciona das oito às quinze horas, de segunda a sexta-feira com dias pré-definidos para cada especialidade, que deverá encaminhar ao bloco a sua programação até ao meio dia, da véspera da cirurgia. Em relação às cirurgias de urgências, este serviço está disponível ao longo das vinte e quatro horas do dia e a entrada no bloco é determinada pela gravidade do caso.

## **2.6-Procedimentos éticos e legais**

Qualquer trabalho de investigação impõe um conjunto de preceitos éticos e legais que devem ser respeitados, e nesse sentido convém referir que o presente trabalho foi elaborado com assento na ética e em termos legais, para a sua realização foram tomadas todas as precauções necessárias para que os direitos da instituição e dos autores referidos fossem igualmente honrados.

Inicialmente foi entregue à comissão de ética do HBS um requerimento, assinada pela coordenação do curso para comprovar que sou estudante da Universidade do Mindelo, para requisição de dados hospitalares e explicando a pertinência do estudo e a importância da sua colaboração, para os enfermeiros e para as utentes.

Também para garantir os direitos dos participantes foi-lhes entregue um termo de consentimento informado, que tem como objetivo convidá-los a participarem da pesquisa, informando-lhes que as suas participações são estritamente voluntárias, tendo a livre escolha de retirar, ou desistir em qualquer momento da investigação, sem o dever de justificar a sua retirada.

Explicando-lhes também que a entrevista será gravada, individualmente e que as informações serão utilizadas somente para fim deste trabalho, isto é, académicos, e serão tratados com total sigilo de forma a assegurar a confidencialidade das informações e a preservar a identidade de cada participante, atribuindo-lhes um código. Ordem de entrevista.

## **CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA**

### **3.1. Apresentação, análise e discussão dos achados do estudo**

Neste capítulo são expostos a análise e a interpretação dos dados obtidos através das entrevistas aplicados aos participantes do estudo, tendo por objetivo responder a questão de investigação inicialmente formulada.

Assim sendo, neste capítulo encontra-se a caracterização sócio-demográficas da amostra, a apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas, efetuando uma análise destes, e a apresentação das respostas obtidas, para o cumprimento dos objectivos desta investigação.

### **3.2. Caracterização dos enfermeiros entrevistados**

A caracterização sócio-demográficas dos enfermeiros entrevistados tendo em conta as seguintes variáveis: género, idade, habilitação académica e profissionais, anos de atividades profissionais de enfermagem, e anos de serviços no Bloco Operatório.

Foi codificado cada entrevista com a letra A e em número sequencial de um (1) a nove (9), o que significa que, A1 se refere a entrevista do primeiro enfermeiro a ser entrevistado, garantido assim o anonimato.

Como se pode observar no quadro quatro (4), sete (7) dos entrevistados são do género feminino e dois (2) do géneros do masculino. Em relação à faixa etária ela varia de trinta e três (33) anos a cinquenta e oito (58).

Quanto as habilitações académicas são de evidenciar que todos enfermeiros que compõem a amostra são licenciados. No que se refere os anos de atividades de enfermagem este varia dos (11) anos a trinta e seis (36) anos, e no que tange aos anos de serviços no Bloco Operatório dos enfermeiros entrevistados vão dos quatro (4) anos a vinte e oito (28) anos.

**Quadro 4 - Caracterização dos enfermeiros entrevistados**

<b>Números das Entrevistas</b>	<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Habilitação acadêmica e profissionais</b>	<b>Anos Atividades profissionais Enf</b>	<b>Anos de serviços no Bloco Operatório</b>
<b>A 1</b>	F	51	Licenciada	29	14
<b>A 2</b>	F	40	Licenciada	16	16
<b>A 3</b>	M	49	Licenciado	25	8
<b>A 4</b>	F	49	Licenciada	24	21
<b>A 5</b>	F	43	Licenciada	21	16
<b>A 6</b>	F	58	Licenciada	36	20
<b>A 7</b>	F	46	Licenciada	15	10
<b>A 8</b>	M	33	Licenciada	11	4
<b>A 9</b>	F	42	Licenciada	19	13

Fonte: “Elaboração própria”

### **3.2. Apresentação dos resultados**

Para facilitar a compreensão e análise dos dados colhidos através das entrevistas, entendeu-se ser pertinente organiza-las em categorias e subcategorias, identificando assim três categorias: Primeira categoria, percepção dos enfermeiros sobre histerectomia, com três (3) subcategorias; segunda categoria assistência de enfermagem as mulheres submetida a histerectomia divide em seis (6) subcategorias; e a terceira categoria sentimento das mulheres histerectomizadas, sublinhe em três (3) subcategorias.

**Quadro 5 - Categorias e subcategorias das entrevistas**

Categorias	Subcategorias
<b>I.</b> Percepção dos enfermeiros sobre histerectomia,	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definição de histerectomia;</li><li>• Principais indicações de histerectomia no serviço;</li></ul>
<b>II.</b> Percepção dos enfermeiros sobre as Implicações de histerectomia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medos apresentados;</li><li>• Percepção positiva e negativa;</li><li>• Atuação do enfermeiro no caso de uma negação por parte das mulheres.</li></ul>
<b>III.</b> Assistência de enfermagem as mulheres submetida a histerectomia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado pré e pós-operatório prestado as mulheres submetidas a histerectomia;</li><li>• Dificuldades sentidas de atuação de enfermagem;</li><li>• Estratégia utilizada para avaliar conhecimento das mulheres sobre histerectomia</li></ul>

Fonte: “Elaboração própria”

### **3.3. Análise e interpretação das categorias**

#### **Categoria I - Percepção dos enfermeiros sobre histerectomia**

Relativamente à primeira categoria pretendia-se compreender a percepção dos enfermeiros sobre histerectomia. Considerou-se importante esse conhecimento por parte dos enfermeiros, visto que percepção que se tem de um dado assunto nesse caso sobre histerectomia, tem influência diretamente na atuação do enfermeiro. Com a análise entendeu-se ser pertinente dividir esta categoria em dois (2) subcategorias, sendo a primeira a definição de histerectomia e a segunda as principais indicações de histerectomia no serviço.

## **I- Subcategoria-** Definição de histerectomia

Em relação a definição da histerectomia, é de realçar que dos nove (9) entrevistados somente um entrevistado (**A5**) respondeu de forma completa a definição de histerectomia conforme pode-se ser observado na transcrição a seguir:

*“A histerectomia é um ato cirúrgico de foro ginecológica que consiste na retirada do útero que pode ser total ou subtotal, por via vaginal, abdominal e por laparoscopia”* **A5**.

E os restantes dos entrevistados não responderam de uma forma completa, conforme as transcrições: em que **A1, A2, A4, A6 e A7** responderam que a histerectomia consiste na extração do útero, que pode ser total ou subtotal, em que total é extração do útero com seus anexos e subtotal é extração do útero conservando os anexos, mas não referiram as via que pode ser feita a histerectomia.

*“Extração do útero, que pode ser total ou subtotal, em que total é extração do útero com seus anexos e subtotal é extração do útero conservando os anexos”* **A1, A2, A4, A6 e A7**.

Ainda, **A3** respondeu que a histerectomia é extração dum órgão nomeadamente o útero, por causa de alguma disfuncionalidade, não referindo as vias e os tipos; abordou somente as causas, e **A8** referiu que é a extração do útero, apontando as vias deixando-se de referir os tipos.

*“Para mim a histerectomia é extração dum órgão nomeadamente o útero, por causa de alguma disfuncionalidade”* **A3**.

*“A histerectomia é extração do útero que pode ser por via vaginal ou abdominal”* **A8**

Nota-se que os entrevistados compreendem que a histerectomia é a extração de um órgão nomeadamente o útero, conceito que entende-se estar incompleto visto que os mesmos não consideram as vias da extração e os tipos de histerectomia.

É importante que os profissionais da área de saúde, nomeadamente o enfermeiro conhecerem bem o conceito de histerectomia, para garantir uma atuação de uma forma individualizada, trabalhando exclusivamente para atender as reais necessidades da utente.

Também é necessário que os enfermeiros desenvolvam um saber crítico na atuação junto as mulheres submetidas a histerectomia e que não se limite as intervenções visando minimizar as sequelas físicas deixadas pela histerectomia, mas sim buscando uma maior interação com os aspetos psicossociais deixando desta forma de ser um profissional cumpridor de ordens e tornando-se autónoma na sua atuação.

## **II - Subcategoria- Principais indicações de histerectomia no serviço**

No que tange as principais indicações de histerectomia no serviço, de acordo com as informações colhidas pode-se concluir que as principais indicações de histerectomia abordada pelos nove (9) entrevistados varia desde miomatosa uterina, carcinoma, IC. cito, hipotonia uterina, metrorragia contínua; atonia uterina pós-parto, rutura uterina, adenomiose, sangramento anormal, NIC a prolapso uterina.

É importante salientar que miomatosa uterina e NIC (neoplasia intra-epitelial cervical) constitui as principais indicações de histerectomia no serviço de acordo com oito (8) dos entrevistados.

*(...) miomatosa uterina, NIC “(...) “A1, A2, A3, A5, A6, A7 e A9.*

No entanto outros entrevistados referiram outras indicações nomeadamente prolapso uterina, adenomiose, sangramento pós-parto carcinoma, IC cito, hipotonia uterina, metrorragia continua, tumores, placenta acerta e sangramento anormal.

**A1** “(...) *miomatosa uterina, NIC III, carcinoma, IC. cito, hipotonia uterina*”;

**A3** “(...) *Miomatosa uterina, câncer do útero, metrorragia continua*”;

**A4** “(...) *Atonia uterina pós-parto, rutura uterina, tumores e miomas gigantes*”;

**A5** “(...) *Miomatosa uterina, NIC, cancro do colo do útero, rutura uterina pós-parto, adenomiose, hiperplasia do endométrio*”;

**A6** “(...) *miomatosa uterina, NIC, atonia uterina pós-parto*”;

**A8** “(...) *NIC II e III, prolapso uterino, sangramento anormal*”;

Assim da análise dos resultados feitos os nove (9) entrevistados apontaram a miomatose uterina e NIC (Neoplasia intra-epitelial cervical) como a principal indicação da histerectomia no serviço, informação que vai de acordo com os dados estatísticos colhidos no mesmo hospital que indica que a miomatose uterina representa 46% das indicações para histerectomia.

De acordo com esses resultados pode-se concluir que para além dessas indicações os entrevistados indicaram outras indicações nomeadamente prolapso uterino, sangramento pós-menopausa, fístula vesica vaginal, ca in sito de colo, quisto de ovário, hiperplasia endometrial, anetomia, adenomiose, menometrorragia, massa pélvica, iterícia de gestação de 35 semanas, endometrite pelve, carcinoma de endometriótico, rutura Uterina.



É importante realçar ainda um outro aspeto que chamou atenção da investigadora foi o facto de hipermenorreia representar 10% de indicação para histerectomia no serviço e não ser mencionado pelos entrevistados.

## **Categoria II - percepção dos enfermeiros sobre as implicações de histerectomia**

Entendeu-se ser pertinente identificar a percepção dos enfermeiros sobre as implicações de histerectomia, visto que o útero tem sua função biológica e fisiológica relacionada à maternidade e representa socialmente a sexualidade feminina. Convém ainda realçar que a sua retirada poderá interferir negativamente na qualidade de vida das mulheres, intervindo na vida conjugal, nas relações sociais e familiares.

Desta forma os enfermeiros têm que conhecer essas implicações, para atuar de uma forma eficiente de modo a responder as reais necessidades da utente. É de referir que as implicações foram divididas em implicações negativas e positivas e nesse sentido constatou-se que todos os entrevistados identificaram as implicações negativas da histerectomia nomeadamente psicológicas, reprodutivas, sociais, familiares e conjugais conforme as transcrições:

**A4**“(…) *implicações psicológicas, devido aos mitos relacionado a histerectomia e implicações relacionado com relacionamento conjugais e familiares*”;

**A5**“(…) *implicações sociais, familiares, psicológico e na vida reprodutiva*”;

**A7**“(…) *perda da capacidade reprodutiva e diminuição hormonal no caso de histerectomia total*”;

**A9**“(…) *baixo auto estima, implicações conjugais podendo causar separação*”.

Realça-se ainda que somente um entrevistado identificou as implicações positivas da histerectomia referindo que a histerotomia permite o alívio dos sintomas que muitas vezes originam em desconforto de diversas ordens nas mulheres.

**A3**“(…) *implicações positivas em algumas mulheres, devido a alívio dos sintomas, que são bastantes incomodativo nomeadamente a sangramento excessivo e continua e alívio das dores*.

Com os relatos fica evidenciado que a histerectomia consiste num ato cirúrgico que resolve um problema de um utente, e que a mesma traz implícita um conjunto de implicações que podem ser positivas ou negativas para quem a vivencia.

Nesse sentido é de frisar que a assistência de enfermagem deve focalizar-se, portanto, em atividades que abrangem a mulher de uma forma humanizada, sendo ela vista em sua totalidade e em todos os aspetos biopsicossocioculturais, sendo que os cuidados envolvem ações, atitudes e comportamentos que vão de encontro as reais necessidades da pessoa no momento exato.

**Subcategoria I:** percepção dos enfermeiros sobre medos e preocupações apresentada pelas mulheres histeretomisadas.

Nesta subcategoria pretende-se analisar a percepção dos enfermeiros sobre os medos e as preocupações das mulheres histeretomisadas. Segundo os relatos dos entrevistados percebe-se que de um modo geral as mulheres atribuem vários significados ao útero, pelo que a perda desse órgão leva a alterações físicas e emocionais.

Segundo os relatos dos enfermeiros percebe-se que os medos das mulheres submetidas a histerectomia variam desde de medo da anestesia, impotência sexual, medo de perder o filho, o parceiro, medo do julgamento social, da morte, medo de conhecer um novo parceiro, do espaço deixado pela histerectomia conforme as transcrições:

**A1**“(...) medo de perder o filho, o parceiro, medo do julgamento social, de não ter uma vida sexual satisfatória e medo de conhecer um novo parceiro”;

**A4**“(...) medo da anestesia e das implicações da histerectomia”;

**A5**“(...) medo da morte, da anestesia, da impotência sexual e medo de não conseguir trabalhar após histerectomia”;

**A8**“(...) medo da morte, da perda da capacidade reprodutiva, da anestesia, da impotência sexual e medo de como vai ser o preenchimento do espaço deixado pela histerectomia

**A9**“(...) medo de ficar com um buraco, medo de perder o filho e do ato cirúrgico”;

É de salientar ainda que um dos entrevistados referiu não ter percebido a existência de medo nas mulheres, por falta de tempo para dialogar com as mulheres.

**A3**“(...) levando em conta o fator tempo, não ha um diálogo aprofundado com a utente, para perceber a existência de medo ou não”;

Os profissionais de saúde em especial o enfermeiro tem uma grande importância no acompanhamento dessas mulheres, de modo a identificar os medos, sentimentos e as preocupações para a atuar de forma adequada. Procurando facilitar o seu enfrentamento o que requer do enfermeiro habilidades e conhecimentos a respeito das possíveis modificações e reações emocionais que o utente pode mostrar frente a histerectomia, devendo o enfermeiro estar preparado não apenas em termos técnicos e teóricos, mas também humanísticos.

**III-Subcategoria:** Perceção dos enfermeiros sobre reações positiva e negativa por parte das mulheres histeretomisadas.

Esta subcategoria pretende analisar a perceção dos enfermeiros sobre reações positiva e negativa por parte das mulheres histeretomisadas em que constatou-se que dos nove (9) entrevistado, cinco (5) apontaram que as mulheres submetida a histerectomia percebem a cirurgia como um evento positivo e negativo, positivo porque tem a ideia e a sensação da cura da doença, negativo por medo de ficar incapacitada de se realizarem sexualmente conforme as transcrições seguintes:

*“(...) Positivo e negativo, positivo porque tem a ideia e a sensação da cura da doença, negativo por medo de ficar incapacitada de realizarem sexualmente”. A1, A5, A7, A8, A9*

Dois (2) dos enfermeiros referiram que não se pode afirmar que as mulheres evidenciam a cirurgia como evento negativo ou positivo. Um (1) mencionou o género, nomeadamente masculino como um fator que limita a abertura da utente perante o enfermeiro (A3) o outro designou o tempo de intervenção limitado para se perceber reações negativas ou positivas por parte das mulheres histeretomisadas (A4).

Constatou-se que muitas vezes fatores como género nomeadamente masculino e sobrecarga do enfermeiro tem influência na perceção do enfermeiro sobre sentimentos das mulheres e muitas vezes limitam a própria atuação do enfermeiro.

*“(...) Tendo em conta o género do enfermeiro nem sempre há uma abertura por parte da utente para dialogar em relação a intervenção, então não se pode afirmar que elas percebem a cirurgia como um evento negativo ou positivo” A3*

*“(...) Considerando que o tempo de intervenção é limitado não se consegue saber a percepção das mulheres” A4.*

É de afirmar que a compreensão dessa vivência é de grande importância para aqueles que assistem as mulheres submetidas à histerectomia em que o conhecimento de suas experiências e expectativas após essa cirurgia promoverá a adoção de ações adequadas às necessidades de cuidado apresentadas por essas mulheres.

#### **IV-Subcategoria:** Atuação do enfermeiro no caso de uma negação por parte das mulheres

Em relação a esta subcategoria pretende-se analisar a atuação do enfermeiro no caso de uma negação por parte das mulheres histeretomisadas, de acordo com os entrevistados compreende-se que a atuação dos mesmos vai desde uma boa conversa, apoio emocional e esclarecimento.

Nota-se que cinco (5) dos entrevistados apostaram numa boa conversa, apoio emocional e esclarecimento na atuação no caso de uma negação por parte dessas mulheres.

**A1** *“(...) esclarecimento, socialização em relação a intervenção cirúrgica, tendo em conta gronho na saúde, de seguida comunicar o médico assistente”.*

**A2** *“(...) embora nunca deparei com uma reação negativa, mas no caso houver é dar apoio emocional e comunicar imediatamente o médico assistente”.*

**A4, A7** *“(...) esclarecer a utente a necessidade salvar a vida, depois encaminhar para um técnico capacitado no intuito de ajudar na gestão do conflito”.*

**A8** *“(...) apoio emocional comunicar com o médico assistente da utente com objetivo de proporcionar um apoio especializado”.*

É de destacar ainda que três dos enfermeiros entrevistados apostaram numa boa conversa e apoio emocional na sua atuação. O enfermeiro desenvolve papel de suma importância na atenção as mulheres num momento de angústia, adotando uma postura humanizada, visando o aliviar dessa angustia independentemente da presença e da atuação dos demais profissionais.

**A5** *“(...) uma boa conversa personalizada”.*

**A6** *“(...) apoio emocional e avaliação do estado físico”.*

**A9** “(...) *conversar com a mulher tentando explicar a necessidade da histerectomia e o benefício do mesmo*”.

Visto que as atitudes dos utentes podem significar um pedido de ajuda e as ações dos enfermeiros devem ser eficazes e eficientes, acredita-se que os nove (9) entrevistado atuaram de uma forma positiva, em que os dados colhidos demonstra que os enfermeiros vêem essas mulheres como algem merecedora de ajuda do profissional tentando ouvir e acolher as mulheres, transmitindo tranquilidade e contribuindo para a redução dos níveis de estresse, estabelecendo uma relação de ajuda sem cobrança e punições, auxiliando no alívio do sofrimento e na aceitação da sua nova condição de vida.

**Categoria III** Assistência de enfermagem as mulheres submetidas a histerectomia.

Relativamente à esta última categoria pretendia-se conhecer qual a assistência de enfermagem as mulheres submetidas a histerectomia. A assistência de enfermagem peri operatório e de grande importância onde o enfermeiro assume um caráter peculiar, preocupada em oferecer ao paciente cirúrgico assistência especializada, individualizada e humanizada, tendo como objetivos aumentar a segurança e auto-estima do utente, reduzir ansiedade, estabelecer interação, controlar assepsia, monitorizar condições fisiológicas e psicológicas e realizar atividades em conjunto com a equipe multidisciplinária

Tendo assim as seguintes subcategorias I -cuidado pré e pós-operatório prestado as mulheres submetidas a histerectomia; II- Limitações de atuação de enfermagem; subcategoria III -Estratégia utilizada para avaliar conhecimento das mulheres histerectomia.

**I-Subcategoria:** cuidado pré e pós-operatório prestado a mulher submetida a histerectomia.

Das análises e das observações feitas constatou-se que, os cuidados de enfermagem prestada no pré e pós-operatórias as mulheres submetidas a histerectomia, no serviço por parte dos nove (9) enfermeiros, são os cuidados gerais de qualquer cirurgia. Assim é de destacar os seguintes cuidados pré-operatórios:

1. Acolhimento da utente e uma abordagem emocional, avaliando o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico;
2. Avaliação do processo da utente para verificar a aptidão ao não de documentos para a cirurgia, que inclui: identificação da utente, reserva de sangue e vagas no serviço de internamento, consentimento informado, consulta de anestesia e exames laboratoriais solicitados;
3. Avaliação do estado geral da utente: condições de higiene, estado da pele, da consciência e mobilidade;
4. Questionar sobre antecedentes pessoais, confirmar existência de próteses, jejum manifestação de preocupações;
5. Remover joias e próteses se houver e auxiliar na mudança de vestuário
6. Avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, pulso, Spo2)
7. Avaliação de pré-medicação;
8. Tricotomia e preenchimento do check list de enfermagem existente no serviço, com os dados colhidos.
9. No que diz respeito aos cuidados pós-operatório prestadas as mulheres submetidas a cirurgia de histerectomia os nove (9) enfermeiros apontaram os seguintes cuidados:  
Cuidados de imediato incluem:
  1. Posicionamento e aquecimento adequado, proporcionando conforto
  2. Avaliação dos sinais vitais e da consciência dependendo do tipo de anestesia seguindo a escala de Aldrete existente no serviço
  3. Atendimento personalizado
  4. Avaliar a permeabilidade do acesso venoso
  5. Avaliar o funcionamento das vias aéreas
  6. Avaliar sangramento e a eliminação urinária para verificar o funcionamento da bexiga e registar todas as eliminações
  7. Avaliação da drenagem se houver
  8. Avaliação da dor
  9. Promover a circulação e oxigenação
  10. Apoio emocionais as mulheres
  11. Monitorar o retorno da função sensorial e motora

Relativamente aos cuidados tardios incluem uma vigilância atento do penso cirúrgico, de náusea, vômito, controlo da urina e da dor.

Os cuidados pré e pós-operatórias, relatados pelos nove (9) entrevistados vão de encontro aos cuidados de enfermagem no pré e pós-operatórios enquadrados no contexto de enfermagem cirúrgica de modo a garantir uma adequada abordagem as mulheres submetidas a uma histerectomia.

Mas para englobar todos os cuidados, garantir um suporte, evitar complicações, garantir uma colaboração por parte das mulheres seria essencial abordar a importância do ensino tanto no pré como no pós-operatório, explicando a mulher o procedimento cirúrgico, efeito da anestesia, cuidados a ter com ferida cirúrgica, alteração da dita, ingestão de líquido, sinais de infeção do aparelho urinário. Porque uma utente informada e consciente é mais colaborativa o que é de mais-valia no sucesso da intervenção.

## **II-Subcategoria:** Limitações de atuação de enfermagem.

No que disse respeito as principais limitações da atuação dos enfermeiros na assistência as mulheres submetidas a histerectomia no serviço, de acordo com os dados colhidos e as observações pode-se constatar que existem varias limitações, referente ao espaço, tempo, material, condicionando assim a atuação do enfermeiro.

Conforme os entrevistados as principais limitações apontadas pelos nove (9) entrevistados foi espaço limitado de seguida o termo, recursos materiais, humanos de acordo com as transcrições:

**A2**“(...) espaço, o que compromete a privacidade do utente e a atuação do enfermeiro”.

**A3**“(...) espaço, porque o espaço das salas pré e pós-operatório é reduzido para todos pacientes, levando a perda da privacidade e intimidade; tempo limitado para ter uma abordagem holística do paciente; défice de material para uma boa prestação; recursos humanos reduzidos, causando limitação na atuação e prestação dos cuidados”.

**A4**“(...) espaço reduzido na sala de pré-operatório, numero reduzido de enfermeiros, levando em conta que é um enfermeiro para pré e pós-operatório”.

**A7**“(...) espaço reduzir, onde se coloca varias pessoas de patologias diferentes no, idade diferente no mesmo espaço, reduzindo a privacidade entre o enfermeiro e a utente”.

**A9** “(...) espaço limitado na sala pré e pós-operatório, onde se encontra crianças, adultos, homens e mulheres, em que não consegue abordar a mulher de forma adequada, existindo um separador para separar homens de mulheres”.

Dois dos entrevistados realçaram ainda que o fato de não existir uma consulta de enfermagem protocolizado o que ofereceriam ao enfermeiro melhores condições de trabalho, e privacidade das mulheres, possibilitando-os ganho de tempo para dar ao utente a merecida atenção que precisa.

**A6** “(...) falta de uma consulta de enfermagem, (...)”;

**A8** “(...) falta de uma consulta de enfermagem (...)”;

É de salientar que durante a recolha de informações a investigadora questionou sobre existência de uma consulta de enfermagem e de um protocolo para atuação de enfermagem para as mulheres submetida a histerectomia, os nove (9) entrevistados responderam:

**Protocolo:** “Não existe um protocolo para assistência as mulheres submetidas a histerectomia, porém existe um protocolo para todas as cirurgias realizadas” **A1e A3.**

“Não tenho conhecimento” **A7 e A9.**

“Não existe” **A2, A4, A5, A6 e A8.**

Em relação a consulta de enfermagem todos entrevistados responderam que não tem, porém afirmaram que deixa muita falta ao serviço, para facilitar o trabalho dos enfermeiros.

Seria de grande valia uma consulta de enfermagem para o serviço visto que o mesmo traz vantagem tanto para a atuação do enfermeiro com para a tranquilidade das utentes.

No que toque as mulheres submetida a histerectomia essa consulta seria importante para conhecer a cirurgia submetida,

- Uma maior aceitação da sua nova condição de vida
- Uma reabilitação eficiente voltada para o autocuidado reduzindo assim complicações e tensão emocional
- Maior interação hospitalar
- Maior empatia entre o enfermeiro e a utente

Para o enfermeiro:



- Proporciona uma assistência com excelência
- Um cuidado individualizado, planeado, avaliado, contínua e holístico
- Uma visão integral e contínua da NHF das mulheres e dos familiares para desempenhar uma assistência de forma sistematizada.

Falta de uma consulta de enfermagem é considerada uma limitação para o serviço porque limita a atuação do profissional e a interação com a utente, conforme observado pela investigadora e relato dos entrevistados.

**III- Subcategoria:** Estratégia utilizada pelos enfermeiros para avaliar conhecimento das mulheres histerectomizadas.

No que concerne a estratégia utilizada pelos enfermeiros para avaliar conhecimento das mulheres sobre histerectomia constatou-se que os entrevistados utilizam as seguintes estratégias: questionários, conversas, entrevistas para validar se as mulheres estão cientes sobre a cirurgia submetida e afirmam que cinco (5) dos entrevistados a estratégia utilizada é perguntar a mulher quem é o seu médico e se sabe qual é a cirurgia a ser submetida.

*“(...) Perguntar a mulher quem é o seu médico e se sabe é qual a cirurgia a ser submetida”*

**A1, A3, A6, A8 e A9**

Como constato ainda nas transcrições a seguir pode-se perceber que dois entrevistados utiliza a mesma estratégia, chegando em conclusões diferentes, um afirma que essa mulher tem conhecimento sobre a cirurgia submetida, outra afirma que maioria das mulheres não sabem o que é uma histerectomia, estão focalizadas no alívio dos sintomas

**A2** *“(...) uma entrevista para avaliar o conhecimento da mulher sobre a sua patologia e cirurgia, constatando que toda utente genológica tem conhecimento da cirurgia submetida”;*

**A4** *“(...) uma entrevista para avaliar o conhecimento da mulher sobre a sua patologia e cirurgia, chegando a conclusão que maioria das mulheres não sabem o que é uma histerectomia, estão focalizadas no alívio dos sintomas”;*

Todos procedimentos cirúrgicos, independente do seu grau de complexidade, poderá ser acompanhado de dúvidas de aflições, e medo. Isto acontece muitas vezes pela

falta de informação sobre o procedimento. Para diminuir essas aflições, duvidas e medo o enfermeiro deve garantir que o utente esteja bem infirmado.

### **3.4. Conclusão da Análise de Dados**

Tendo alcançado esta etapa do trabalho, torna-se necessário proceder às conclusões e algumas considerações acerca dos resultados do estudo, analisando a resposta encontrada para a pergunta de partida e a afirmação ou não dos objetivos previamente definidos.

Respondendo à pergunta de partida: Qual a perceção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório, no Hospital Dr. Baptista de Sousa, sobre as implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutivas?

Através da pesquisa e pelos resultados alcançados conclui-se que, os nove (9) enfermeiros conhecem o conceito da histerectomia embora alguns tenha respondido de uma forma incompleto, visto que os mesmos não consideraram as vias da extração e os tipos de histerectomia.

Constatou-se que os enfermeiros conseguiram identificar de uma forma geral as implicações da histerectomia, nomeadamente implicações negativas que inclem, ubaixo auto estima, perda da capacidade reprodutiva, diminuição hormonal, separação dos casais, as positivas sao o alívio dos sintomas e cura de uma doença, embora constata-se que grande parte dos entrevistados identificaram as implicações negativas, sendo as implicações positivas apontada por uma minuria.

Constatou-se ainda que os entrevistados percebem as reações das mulheres submetidas a histerectomia como reações positiva e negativa, no entanto alguns dos enfermeiros referiram que não se pode afirmar que a mulher evidenciam a cirurgia como evento negativo ou positivo, apontando o género, nomeadamente masculino como um fator que limita a abertura da utente perante o enfermeiro e o tempo de intervenção limitado para se perceberem reações negativas ou positivas por parte dessas mulheres histeretomisadas.

Constando-se que muitas vezes fatores como género nomeadamente masculino e sobrecarga do enfermeiro tem influência na perceção do enfermeiro sobre sentimentos das mulheres e muitas vezes limitam a própria atuação do enfermeiro

Visto que a remoção do útero denota uma invasão ao corpo feminino, pode provocar medo em quem a vivência e deste modo os achados indicam que os enfermeiros percebem que os medos das mulheres submetidas a histerectomia variam desde do medo da anestesia, medo de ficar incapacitada de se realizarem sexualmente, medo de perder o filho já existente, o parceiro, medo do julgamento social, da morte, medo de conhecer um novo parceiro, e do espaço deixado pela histerectomia.

No caso de medo ou ansiedade num utente submetido a esse tipo de cirurgia o enfermeiro deve atuar de uma forma a reduzir ou eliminar esse sentimento, e os resultados do estudo demonstraram que no caso de uma reação negativa os enfermeiros apostam numa boa conversa, apoio emocional e esclarecimento para reduzir e eliminar esse sentimento. Não obstante para além de apostarem numa boa conversa, apoio emocional e esclarecimento pedem auxílio ou comunicam ao médico assistente da utente. Desta forma fica assim testemunhada que o objetivo geral do estudo trabalho foi alcançado.

Para que a investigadora consiga de uma forma precisa e profunda efetuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados, achou-se pertinente elaborá-lo através dos objetivos dessa investigação. Desta forma, com os dados obtidos apontam que as principais indicações da histerectomia no serviço, de acordo com os nove (9) entrevistados são a miomatose uterina e NIC (Neoplasia intra-epitelial cervical), informação que vai de acordo com os dados estatísticos colhidos no mesmo hospital que indica que a miomatose uterina representa 46% das indicações para histerectomia.

Para além dessas indicações apontaram outras nomeadamente prolapso uterino, sangramento pós-menopausa, fístula vesica vaginal, ca in sito de colo, quisto de ovário, hiperplasia endometrial, anetomia, adenomiose, menometrorragia, massa pélvica, iterícia de gestação de 35 semanas, endometrite pelve, carcinoma de endometriótico, rutura Uterina.

Um outro aspetos chamou atenção da investigadora foi o facto de hipermenorrea representar 10% de indicação para histerectomia no serviço e não ser mencionado pelos entrevistados.

Com a análise prova que foi alcançada o objetivo do trabalho que pretendia anunciar as principais indicações da histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Babista Sousa.

Relativamente, aos cuidados de enfermagem prestada no pré e pós-operatórias, os resultados do estudo demonstraram que os enfermeiros prestam os cuidados gerais de qualquer cirurgia as mulheres submetidas a histerectomia e estes vão de encontro aos cuidados de enfermagem no pré e pós-operatórios enquadrados no contexto de enfermagem cirúrgica.

Os cuidados pré-operatórios vai desde acolhimento da utente e uma abordagem emocional, avaliando o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico a tricotomia e preenchimento do check list de enfermagem existente no serviço, com os dados colhidos e cuidados pós-operatórios inicia com posicionamento e aquecimento adequado, proporcionando conforto e termina com monitorar o retorno da função sensorial e motora.

Os dados disponíveis sugerem claramente que os enfermeiros dão grande importância a eficiência na prestação dos cuidados. No entanto é de realçar que seria essencial incluir o ensino tanto no pré como no pós-operatório para garantir um suporte, evitar complicações, garantir uma colaboração por parte das mulheres, já que cuidar é essência da enfermagem.

Com a análise consta-se que foi alcançada o objetivo do trabalho que pretendia descrever os cuidados pré e pós-operatório prestado a mulheres submetidas a histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa

No que se refere as dificuldades sentidas pela enfermagem na assistência a mulher submetida a histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa os entrevistados referiram que as dificuldades estão relacionadas com as limitações do espaço físico, no tempo de assistência, recursos materiais.

Constatou-se que os entrevistados referiram ainda a falta de uma consulta de enfermagem protocolizado como uma limitação na assistência de enfermagem. Desta forma, pode-se considerar que o enfermeiro na sua atuação, não depende exclusivamente de si, mas sim de um conjunto de aspeto envolvendo ambiente adequado, espaço adequado e tempo suficiente para uma um cuidado de excelência.

Neste sentido destaque-se o facto de que os enfermeiros consideram o espaço físico inadequado para uma boa assistência de enfermagem, visto que a sala pré-operatório é uma sala pequena separada por uma divisória de alumínio, onde se coloca várias pessoas

de patologias diferentes, adultos e crianças no mesmo espaço, condicionando a privacidade dos utentes e estreitando a relação do enfermeiro com o utente.

Respondendo a questão do tempo para uma assistência de enfermagem, ficou claro que os enfermeiros estão expostos a uma sobrecarga de trabalho visto que conforme observado pela investigadora e referenciado pela maioria dos entrevistados há apenas um enfermeiro para assistir todos os utentes nas salas pré e pós-operatórias. Constatou-se ainda que seria necessário aumentar o rácio de enfermeiro para as salas de pré e pós-operatório, para diminuir a sobrecarga do enfermeiro e aumentar a qualidade de assistência de enfermagem aos utentes, visto que os resultados indicam que o número de enfermeiros é insuficiente para atender diariamente os utentes que passam no serviço do bloco operatório.

Relativamente à falta de recursos materiais e humanos a investigadora constatou-se durante as entrevistas uma clara deficiência em termos de material o que pode comprometer uma assistência de qualidade.

Assim, conclui-se que a assistência de enfermagem é sempre influenciada pelo ambiente, nomeadamente, recursos humanos e materiais e espaço físico e se este não for suficiente a assistência de enfermagem será comprometida.

A análise comprova que foi alcançada o terceiro e último objetivo do trabalho que pretendia identificar as dificuldades sentidas pela enfermagem na assistência à mulher submetida à histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa. Fica assim comprovada que tanto os objetivos gerais bem como os objetivos específicos do trabalho foram alcançados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegado a fase final desta pesquisa, conclui-se que o tema é importante e permitiu-me não só aprofundar os conhecimentos, mas também um crescimento pessoal e profissional, pela complexidade do estudo. Esta temática reveste-se uma grande importância visto que o enfermeiro é o profissional da área da saúde que acompanha e cuida de utentes prestando todo tipo de assistência e certificar de que o tratamento está sendo seguido corretamente, passando maior parte do tempo com os mesmos.

Nessa ótica foi importante identificar a percepção profissionais que lidam todos os dias dos mesmos sobre as implicações da histerectomia na mulher em idade reprodutiva. Esta pesquisa foi desenvolvida com os enfermeiros que trabalha no serviço do bloco operatório no hospital Baptista de Sousa, para identificar a percepção dos mesmo sobre as implicações da histerectomia na mulher em idade reprodutiva.

Através da pesquisa e pelos resultados alcançados conclui-se que os enfermeiros conseguiram identificar as implicações da histerectomia, categorizando-os em positivas e negativas. Verificou-se também que na assistência de enfermagem no peri-operatório as mulheres submetidas a histerectomia os enfermeiros conseguiram nomear todos os cuidados de enfermagem peri-operatório.

Para além disso constatou-se também que os cuidados de enfermagem conforme o profissional depende das capacidades técnicas e práticas dos enfermeiros. Com o trabalho constatou-se que o enfermeiro na sua atuação, não depende exclusivamente de si, mas sim de um conjunto de aspeto para um cuidado de excelência, no entanto foram referidas algumas dificuldades, nomeadamente limitação de espaço, tempo, recursos humanos e materiais e falta de uma consulta de enfermagem, o que limita a atuação do enfermeiro, condicionando assim a privacidade dos utentes.

Apesar de a histerectomia ser a solução para várias patologias, a que ter em consideração que a mesma pode trazer implicações psicológicas, sociais e familiares na vida das mulheres. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros têm uma grande importância no acompanhamento dessas mulheres, visto que passam maior parte do tempo com os utentes e estão numa situação privilegiada de garantir um acompanhamento holístico de modo a identificar os medos, sentimentos e as preocupações das mulheres,

garantindo assim a satisfação das suas reais necessidades. Nesse sentido o enfermeiro deve ter habilidades e conhecimentos técnicos e teóricos, mas também humanísticos.

As dificuldades inicialmente previstas foram de fato sentidas, dada a inexperiência neste tipo de trabalho, mas, entretanto, foram ultrapassadas com o esforço pessoal e com o auxílio, apoio e disponibilidade da orientadora.

Também durante a realização da pesquisa, deparou-se com dificuldade em encontrar materiais bibliográficos que sustentasse o estudo, o tempo foi limitado visto que o trabalho foi elaborado ao mesmo tempo que decorria o ensino clínico com uma carga oraria extensa.

### **Proposta / Sugestões**

Ao longo da realização deste estudo foi-me possível fazer uma reflexão acerca da percepção dos enfermeiros do bloco operatório do HBS sobre implicações de histerectomia, pelo que não se pode concluir este trabalho sem antes deixar algumas sugestões que poderão melhorar a qualidade da assistência de enfermagem peri-operatório as mulheres submetidas a histerectomia.

- Implementação de uma consulta de enfermagem no serviço, que possibilitaria uma maior interação com a utente proporcionando assim cuidados individualizados, planeados contínuos e holístico e uma assistência com excelência.
- Aumentar o rácio de enfermeiros nos cuidados pré e pós-operatório, diminuindo a sobrecarga de trabalho o que reflete diretamente na qualidade dos cuidados.
- Aumentar os materiais e equipamentos em qualidade e quantidade suficiente para uma melhor eficácia no atendimento.
- Apropriar o espaço físico das salas pré e pós-operatório para colhimento dos utentes de forma a proporcionar maior conforto e privacidade.

Considerando que o enfermeiro na sua atuação, não depende exclusivamente de si, mas sim de um conjunto de aspeto envolvendo ambiente adequado, espaço adequado e tempo suficiente para um cuidado de excelência, com uma melhoria nesses aspetos a

assistência de enfermagem seria mais satisfatória tanto para os utentes como para os profissionais de enfermagem.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buttcher H.K. e Bulechek, G.M., (2010), Classificação das Intervenções de enfermagem, (5ª edição), Rio de Janeiro-Brasil, Editora: Elsevier.
- Graça, L. M., (2000), Medicina Materno Fetal,(2ª edição), Lisboa, Editora: Lide – Edições Técnicas, Lda.
- Lowdermilk, D.L. e Preey. S. E., (2008), Enfermagem na maternidade, (7 edição), New York, USA, Editora: Maternity Nursing.
- Medeiros, F. CH., Almeida, F. M. L. e Filho, M. O., (2004), Manual de Ginecologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, (4ª edição), Fortaleza, Editora: Ceará-Brasil.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M; Marrek, J. F. e Green, C.J., (2010a), Cuidados de Enfermagem a cliente com Enfermidades Mamária. Perspectiva de saúde e de doença, (8ª edição), New York, USA. Editora: Phipps.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M, Marrek, J. F. e Green, C.J, (2010b), Enfermagem Médico-Cirúrgico. Perspectiva de saúde e de doença, (8ª edição), New York, USA. Editora: Phipps.
- Gomes M.I. e Romanek M.R.A.F., (2013), Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia, Revista Científica de Enfermagem, nº 8, 1.
- Phipps, W.J., Sands, J.K. e Marek, J. F. , (2003), Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceito e Prática Clínica, (6ª edição), Loures, Lusociência:-Edições Técnicas e Científicas, Lda, Editora: EdSally Schrefer.III.
- Rothock, Jane C., (2008), Cuidados de Enfermagem ao utente cirurgico, (13ª edição), Lusodidatica/Elsevier Brasil. Editora: Donna McEwen.
- Meeker, M.H. e Rothrock., (1997)), Cuidados de Enfermagem ao Utente Cirúrgico, (10ª edição), Rio de Janeiro. Editora- Guanabara koogan S.A.
- Hacker,N.F. e Moore, J.G., (1994), Fundamente de Ginecologia e Obstetrícia, (2ª edição), Porto Alegre. Editora-Artes Medicas Sul Lda.

Parente, P., Queirós, P., Filipe, F. e Gomes, C., (1998), *Ética nos cuidados de saúde* Coimbra, Editora: Formasau.

Henderson, Virgínia, (2007), *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem* do Conselho Internacional de Enfermeiras, Loures, Lusodidacta.

Fortin e Fabienne, M., (1999), *O processo de investigação: Da Concepção à Realização*, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda, Loures -Portugal.

Silva, A.M.V.A et al, (2011), *Cipe Versao 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*, Portugal: ordem dos enfermeiros.

McCloskey, J.CM. e Bulechek, G.M., (2004), *Classificação das intervenções de enfermagem*, (3ª Edição), Porto Alegre, Leticia Bispo de Lima.

Merghi, M. A. B., Oliveira, D. M., Jesus, M.C.P., Hoga, L.A.K. e Pedroso, A.G.O., (2012), *Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. Texto e contexto-enfermagem*.vol.21no.3Florianópolis.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300016), 20-04-2016, 21:07.

Melo. M.C.B. e Barros. E.N., (2009), *Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina* Revista SBPH v.12 n.2 Rio de Janeiro. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200008) 25-04-2016, 11:10.

Nunes, M. P.R. S., Gomes, V. L. O., Padilha, M. I., Gomes, G. C, IV. e Fonseca, A.D., (2009), *Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver*, Escola ANNA Nery Revista de Enfermagem. (Volume 13). [http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=462](http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=462) 12-04-2016, 15:00.

Murta, E.F.C., Reis, J.D., Abrão, J.M. e Miziara, J.M., ( 2000), *Histerectomias: estudo retrospectivo de 554 casos*, Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol.27 no.5 Rio de Janeiro.

[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100). 02-05-2016, 18:30.

Sória, H.L.Z.S., Fagundes, D.J., Vieira, S.S., Cavalli, N. e Santos, C.R.C, (2007) Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? Revista Bras. Ginecol. Obstet. Vol.29 no.2 Rio de Janeiro. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032007000200002&script=sci\\_arttext&tl](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032007000200002&script=sci_arttext&tl). 15-05-2016, 11:50.

Hobeika, J. D., et al. (2002), A histerectomia simples realizada no menacme e a densidade mineral óssea da mulher nos pós-menopausa. Caderno de Saúde Pública. v.18,n.6 Rio de Janeiro, Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2002000600025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000600025).

18-04-2016, 07:21.

Guimarães, V.; Santos, L.C. e Amorim, M.M.R., (2000), Fatores de risco para infecção pós-histerectomia total abdominal, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. Vol.22 no.7 Rio de Janeiro.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032000000700007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032000000700007)

10-05-2016, 14:11.

Azevedo, B.Z.K., Santos, G.G., Ruzon, U.G. e Azevedo, E.M.M., (2010), Avaliação das histerectomias abdominais e vaginais e a necessidade do USO de sangue alogênico e suas alternativas-Universidade Estadual de Londrina/Centro de Ciências da Saúde/Londrina, PR. <http://anais.unicentro.br/xixeaic/pdf/489.pdf> 18-04-2016 09:17.

Cesar, M.A.P., Antunes, L.B. e Aguiar, R.M., Martinzzo, R., (2010), Existe a constipação após histerectomia? Avaliação clínica e manométrica. Revista brasileira. Coloproctol. Vol.30 no.2 Rio de Janeiro.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-98802010000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000200010)

02-05-2016, 12:50.

Salimena, A.M.O. e Sousa, I.E.O., (2008), O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. Esc. Anna Nery vol.12 no.4 Rio de Janeiro.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400005)

16-04-2016, 17:50.

Araújo, A. C. F., Lima, D. P. M., Mendes, M, A. P. G., Rocha, M. H, Santa, R. D. O, e Silva M. J. E., Publicações sobre aspectos éticos e consentimento informado na América Latina, Revista Medica Herediana v.22, Salvador, Bahia, Brasil.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000200004)

[130X2011000200004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000200004) 19-04-2016 12:45

Filho, J.M, (2011), Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica, Revista Brasileira de Reumatologia, SãoPaulo.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042011000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000200007)

13-05- 2016, 15:15.

Ministério de Saúde: secretaria nacional de assistência à saúde, (2002), falando sobre câncer do colo do útero, (edição 30.000 exemplares) Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer (INCA).

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando\\_cancer\\_colo\\_utero.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_utero.pdf) 21-04-

2016 18:02.

Silva, C.M.C, Santos, I. M.M e Vargens, O.M.C., (2010) A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva, Escola Anna Nery vol.14 no.1 Rio de Janeiro. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a12>, 21-04-2016, 11:55.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I - Requerimento.

*A Comissão de Ética para o Hospital,*  
*23/03/2016*

*À Superintendência de Of. p/ a Comissão de Ética.*  
*23/03/16*

Exmo. Senhora  
Diretora do Hospital Dr.º Baptista de Sousa  
São Vicente  
Dra. Sanda Vasconcelos

Mindelo, 18 de março de 2016

**Assunto: Solicitação de autorização para recolha de informações.**

Eu, Rosa Helena Delgado Rocha nº 2830 do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso/monografia, vem por esta via solicitar a autorização para recolha de informações junto aos enfermeiros que trabalham no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa (HBS), sobre o tema "Histerectomia nas mulheres em idade Reprodutiva".

O trabalho terá como objetivo geral:

- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre as implicações da Histerectomia nas mulheres em idade reprodutiva no serviço do bloco operatório do HBS.

E como objetivos específicos:

- Identificar as implicações das histerectomias na vida da mulher em idade reprodutiva;
- Descrever os cuidados pré e pós-operatório prestadas a mulheres submetida a histerectomia; no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa;
- Enunciar as principais etiologias da histerectomia no serviço do bloco operatório do Hospital Baptista Sousa.

Informa-se ainda que o trabalho será apresentado pela metodologia qualitativa sendo que a recolha de informações será feita mediante a aplicação de umas entrevistas devidamente validadas para o efeito. Assegura-se ainda que, o trabalho atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Subscreve-se com a mais alta consideração.

Pede deferimento

Discente  
*Rosa Rocha*  
Email: [rosadelgadorochag@gmail.com](mailto:rosadelgadorochag@gmail.com).

*Sueley Reis*  
*23/03/16*

*Aprovado pela Comissão de Ética*  
*23/03/2016*

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA  
ENTRADA Nº *370* - *23/3/16*  
O Funcionário  
*Heomnce*

## **APÊNDICE II - Termo de consentimento informado.**

Rosa Helena Delgado Rocha, aluna do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem na universidade do Mindelo encontra-se realizando um trabalho de investigação para a conclusão do curso sobre o tema: as implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutivas: percepção dos enfermeiros do bloco operatório, do hospital Dr. Baptista de Sousa.

O interesse pelo estudo da temática resulta, em aprofundar conhecimento sobre essa temática. O trabalho tem por objetivo dar resposta a seguinte pergunta de partida qual a percepção dos enfermeiros do serviço do bloco operatório, no hospital Dr. Baptista de Sousa, sobre as implicações da histerectomia nas mulheres em idade reprodutivas?

Trata-se de uma temática relevante, visto que a histerectomia tem sido uma das cirurgias genológicas com uma grande incidência, não só a nível nacional como internacional; e sendo uma cirurgia irreversível, que leva a perda da possibilidade de reprodução.

Nesse sentido e para a realização do trabalho a sua participação é muito importante, para dar respondendo a algumas questões que lhe serão colocadas.

É importante realçar que as informações serão utilizadas somente para o fim deste trabalho e serão tratados com sigilo de forma a preservar a confidencialidade e a sua identidade. A sua participação é voluntária e pode retirar-se a qualquer momento ou recusar participar, sem que tal opção lhe traga consequências. Informa-se ainda que as entrevistas serão gravadas, e as informações colhidas serão destruídas.

Após as explicações suprarreferidas, declaro que aceito participar nesta entrevista, por minha livre e espontânea vontade, e que autorizo que as entrevistas sejam gravadas sempre que seja necessário. Para que assim conste assino abaixo.

Mindelo, \_\_\_\_\_ maio de 2016

**Assinatura da Investigadora**

**Assinatura do entrevistado**

---

---

### **APÊNDICE III – Guião de entrevistas.**

Nº de entrevista \_\_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço no setor \_\_\_\_\_

1. O que entendes por histerectomia?
2. Quais são principais indicações para a histerectomia no serviço?
3. Na tua opinião quais são as implicações da histerectomia na vida da mulher?
4. Existe algum protocolo para a atuação do enfermeiro no acompanhamento peri-operatório da mulher submetidas a histerectomia?
5. Quais os cuidados de enfermagem prestados no período pré-operatório das mulheres submetidas a histerectomia no serviço?
6. Quais os cuidados de enfermagem prestados no período pós-operatório das mulheres submetidas a histerectomia no serviço?
7. Quais são as principais limitações da atuação do enfermeiro na assistência as mulheres submetidas a histerectomia no serviço?
8. Na tua opinião quais são os medos apresentado pelas mulheres submetidas a histerectomia?
9. A uma consulta de enfermagem para as mulheres submetidas a histerectomia antes da cirurgia
10. No peri-operatório percebem se a mulheres esta ciente / ou se percebem o que e uma histerectomia?



11. Percebem se as mulheres objetivaram a cirurgia como um evento negativo ou positivo?

12- Qual é a atuação do enfermeiro no caso de uma reação negativa por parte das mulheres?

ANEXOS

## ANEXO I – Ficha de registo de enfermagem



### Bloco Operatório Ficha de Registo de Enfermagem

#### Pré Operatório

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Naturalidade \_\_\_\_\_ Filiação \_\_\_\_\_  
 e de \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Residência \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ T Móvel \_\_\_\_\_  
 Procedência do Utente \_\_\_\_\_ N° Cama \_\_\_\_\_  
 Admissão do Utente: Sim ☐ Não ☐ Garantia de Vaga: Sim ☐ Não ☐  
 Pertence do Utente: Sim ☐ Não ☐

Checklist do Utente	Sim	Não
Verificação da identificação do Utente		
Verificação de Consentimento Informado Assinado		
Verificação da Consulta de Anestesia		
Verificação da medicação pré-anestésica Administrada		
Jejum confirmado		
Veia puncionada e solução em perfusão _____		
Reserva de Sangue/ derivados confirmada _____		
Reserva de vaga no Serviço de Internamento		
Verificação de objectos pessoais		
Trações		

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

#### Avaliação Geral do Utente

Estado de Consciência: Orientado ☐ Desorientado ☐ Letárgico ☐ Coma ☐  
 Mobilidade: Independente ☐ Ajuda Parcial ☐ Ajuda Total ☐  
 Aspectos da Pele: Corada ☐ Descorada ☐ Cianosada ☐ Outros ☐  
 Portador de alergias: \_\_\_\_\_  
 Manifestação de Preocupação: Sim ☐ Não ☐ Qual? \_\_\_\_\_

#### Avaliação das Sondas/Drenos

SNG: Sim ☐ Não ☐ Características \_\_\_\_\_ Quant. \_\_\_\_\_ ml  
 Vesical: Sim ☐ Não ☐ Características \_\_\_\_\_ Quant. \_\_\_\_\_ ml  
 Rectal: Sim ☐ Não ☐ Características \_\_\_\_\_ Quant. \_\_\_\_\_ ml  
 Drenos: Sim ☐ Não ☐ Local \_\_\_\_\_ Caract. \_\_\_\_\_ Quant. \_\_\_\_\_ ml

Observação: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de Entrada no BO \_\_\_\_h \_\_\_\_m O Enfermeiro \_\_\_\_\_

## Intra - Operatório

**Hora de entrada na S. Op. ....h.....min**

[illegible]

## Pós - Operatório Imediato

Cirurgia efetuada _____	
Extubação:	
Incidentes: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Obs. _____	
Secreções:	
Abundantes	<input type="checkbox"/>
Moderadas	<input type="checkbox"/>
Pequena Quantidade	<input type="checkbox"/>

Estado de Consciência	
Orientado <input type="checkbox"/>	Agitação motora grave <input type="checkbox"/>
Desorientado <input type="checkbox"/>	Letárgico <input type="checkbox"/>
Agitação motora Moderado <input type="checkbox"/>	Coma <input type="checkbox"/>

Aspetto da pele	Frio Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Corado <input type="checkbox"/>	
Descorado <input type="checkbox"/>	
Cianosada <input type="checkbox"/>	
Sudorese <input type="checkbox"/>	
Parâmetros Vitais	
Temp. corporal: ____°C T. Arterial ____/____ Pulso ____ Resp. ____ SatO <sub>2</sub> ____	
Avaliação da Dor	
Sem dor	Dor ligeira
Dor moderada	Dor intensa
Dor máxima	

	Sim	Não
Algália volume ____ CC Característica _____		
Sonda nasogástrica Volume ____ CC Caract. _____		
Lavagem continua Soluto _____		
Penso Cirúrgico Limpo		
Drenos Funcionantes		
Posicionamento prescrito _____		

O Enfermeiro \_\_\_\_\_ Hora de Saída da Sala Op. \_\_\_\_ h \_\_\_\_ mn Sala \_\_\_\_

**CUIDADOS POS - OPERATÓRIO (UCPA)**

Hora de Admissão \_\_\_\_ h \_\_\_\_ mn

S I N A I S  V I T A I S	Hora	Temp.	Pulso	TA	Resp.	Sat.O <sub>2</sub> %	B A L A N C O  H I D R I C O	Ganhos				
								Hora	solução	Quant.	Total	
	Avaliação da dor							Perdas				
	Hora	Sem dor	Dor ligeira	D. moderada	D. intensa	D. Máxima		Hora	S. Vesical	SNG	Drenag.	Total
Total (Ganhos - Perdas) _____												

Observação:

Escala de Aldrete			Valor	Admis.	30 mn	60mn	120 mn	Observação
Atividade motora	Capaz de mover os 4 membros	2						
	Capaz de mover os 2 membros	1						
	Incapaz de mover os membros	0						
Respiração	Respiração profunda ou tosse livremente	2						
	Dispneia ou limitação da respiração	1						
	Apnéia	0						
Circulação	PA 20% do nível pré - anestésico	2						
	PA 20 - 40% do nível pré anestésico	1						
	PA 50% do nível pré anestésico	0						
Consciência	Lúcido , orientado no tempo e espaço	2						
	Despertado se for solicitado	1						
	Não responde	0						
Saturação O <sub>2</sub>	Maior que 92% respirando ar ambiental	2						
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter Sat.O <sub>2</sub> >90%	1						
	Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar	0						
Total								

I N D I C E  P E D I A T R I C O	Tempo /min	Valor	Admissão	30mn	60mn	120mn	Observação
	Saturação de O <sub>2</sub>	2					
		1					
		0					
	Vias aéreas	2					
		1					
		0					
	Nível de consciência	2					
		1					
		0					
	Movimentação	2					
		1					
		0					
Total							

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de Saída do BO \_\_\_\_ h \_\_\_\_ mn O Enfermeiro \_\_\_\_\_